Czasopismo Lekarskie.

IX 1907. Wrzesień-Październik. 9-10.



Ś. P.

HENRYK HOYER

urodzony w r. 1834 w Inowrocławiu

mąż wielkiego umysłu, znakomity histolog, Profesor fizjologii w Akademii medyko-chirurgicznej, Profesor anatomji porównawczej, embrjologji i histologji w Szkole Głównej i Uniwersytecie Warszawskim, wielbiony przewodnik młodzieży, pracującej naukowo,

zmarł w Warszawie d. 3 Lipca 1907.



Ś. P.

HENRYK JORDAN

ur. 23 Lipca 1842 w Przemyślu,

niepospolity człowiek myśli i czynu, znakomity lekarz i obywatel, Profesor położnictwa Wszechnicy Jagiellońskiej, twórca parków dla dzieci, domów robotniczych, warsztatów dla młodzieży w Krakowie i t. d., i t. d.

zmarł w Krakowie 18 maja 1907.

O wewnętrznem leczeniu niedrożności kiszek

Podał **Dr. K. Lidmanowski** (z Zagórowa).

Rzecz czytana na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, dnia 24 Lipca 1907 roku.

—o—

Niedrożność kiszek jest chorobą często przytrafiającą się wśród ludu naszego. Jaka jest przyczyna tego, trudno z całą stanowczością orzec; zdaje się jednak, że główną przyczyną jest spożywanie wielkiej ilości trudno strawnych pokarmów (kartofle, kapusta). Ze względu na częstość cierpienia i na wyjątkowe położenie lekarza praktyka, leczenie wewnętrzne cierpienia tego nabiera szczególnego znaczenia. Wiadomo bowiem, jakich warunków wymaga chirurgiczne leczenie niedrożności kiszek; zadość uczynić tym warunkom lekarz praktyk na wsi lub w mniejszem mieście nie ma możności; tem więc skwapliwiej musi się chwytać leczenia wewnętrznego, jeżeli ono w pewnych razach zdrowie choremu powrócić może.

Termin ileus, miserere nie oznacza choroby, ale pewien zbiór symptomatów powstały wskutek niedrożności kiszek. Rozliczne formy niedrożności kiszek sprowadzają ten sam obraz kliniczny, t. j. miserere. Do głównych symptomatów miserere należą: wymioty pokarmowe, żółciowe, później kałowe, ból, zatrzymanie stolców, wzdęcie brzucha; do nich przyłączają się: odbijanie, zapadnięcie oczów, sinica warg, suchy, obłożony język, oziębienie kończyn, przyśpieszenie tętna, ogólne osłabienie, nakoniec-często-napady zapaści.

Jednakże nie zawsze występują wszystkie główne objawy uwięzgnięcia; często brakuje wzdęcia, czasem wymiotów. I wymioty kałowe nie występują w początkowych studjach uwięzgnięcia kiszek, są one znakiem zaczynającego się paraliżu kiszek i nie rzadko w bardzo ciężkich przypadkach ich zupełnie brakuje. Nawet zatrzymanie stolców i wiatrów nie jest pewnym symptomem i może objawu tego brakować, mianowicie w tych wypadkach, kiedy uwięzgnięcie nastąpiło w górnym odcinku kiszek cienkich; wtedy z dolnych odcinków kał może być oddawany, jednakże uwięzgnięcie istnieje.

Bądź co bądź, zatrzymanie stolców jest najpewniejszym znakiem niedrożności kiszek. Sama niedrożność kiszek może być warunkowana albo mechaniczną przeszkodą albo też niedostatecznym ruchem robaczkowym kiszek. Ztąd należy rozróżniać miserere powstałe wskutek mechanicznych przeszkód i paralityczne, czyli dynamiczne. Jako oddzielną formę rozróżniają jeszcze (Murphy) t. z. adynamiczny ileus, kiedy skurcz mięśni kiszek tamuje swobodne przejście kału przez kiszkę. Rozróżnić, z jaką formą niedrożności kiszek mamy do czynienia, jest rzeczą nader ważną ze względu na terapię. Wiadomą jest rzeczą, że bywają wypadki, kiedy nadzwyczaj jest trudno orzec stanowczo, którą z tych kategoryi uwięzgnięcia mamy w danym razie; jednakże dużo pomagają nam do rozwiązania wywiady; np. wielkie znaczenie mieć będzie dla nas wiadomość, czy cierpienie powstało nagle po podniesieniu jakiegoś ciężaru, po upadku lub uderzeniu, czy też rozwijało się powoli; dalej, czy chory przechodził już w życiu podobne danemu ataki, czy też cierpienie dzisiejsze jest pierwsze; czy chory dawniej był zupełnie zdrów, czy też przechodził cierpienia inne jamy brzusznej; czy był kiedykolwiek poddawany operacjom jamy brzusznej i wskutek jakich powodów. Dane ztąd otrzymane rzucają bardzo dużo światła i pozwalają nam wybrać stosowne zabiegi lecznicze.

Postawić więc rozpoznanie uwięzgnięcia kiszek dla nas nie wystarcza; trzeba jeszcze rozstrzygnąć, z jakiem uwięzgnięciem mamy w danym wypadku do czynienia. Trzeba koniecznie rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z mechanicznem, czy z paralitycznem, czy też z adynamicznem uwięzgnięciem. Następnie powinniśmy określić na podstawie badania chorego miejsce i sposób powstania uwięzgnięcia.

Na podstawie objektywnego badania chorego rozróżniamy trzy grupy uwięzgnięcia kiszek:

1) Ostre uwięzgnięcie, t. z. strangulacja.
2) Zamknięcie światła kiszek, czyli obturacja.
3) Porażenie kiszek.

Ostre uwięzgnięcie kiszek powstaje przez zaciśnięcie pętlicy kiszek, przez co zaciśnięta pętlica nie może przyjąć kału od wyżej położonego odcinka, ani też przesunąć kału zawartego wyżej — do niżej leżącego odcinka. Dotąd człowiek zupełnie zdrowy po upadku, podniesieniu ciężaru lub przy wydymaniu się podczas oddawaniu stolca, dostaje nagle gwałtownych boleści w jamie brzusznej na miejscu uwięzgnięcia. Na twarzy jego występuje zimny pot, puls mały i przyśpieszo-

ny, występują niczem nie powstrzymane wymioty, oczy zapadają się, twarz się wyciąga, słowem naraz występują wszystkie symptomaty uwięzgnięcia kiszek. Typowym przykładem jest uwięzgnięta przepuklina. Przez wrota przepukliny wchodzi pewien odcinek kiszki w worek przepuklinowy i zostaje zaciśnięty przez obrączkę przepuklinową. To samo może być i w jamie brzusznej: niech tylko odcinek kiszki wejdzie w uchyłek błony brzusznej, czy też w rozporek sieci, czy też będzie zaciśnięty przez zrost, jaki być może w jamie brzusznej.

Do tej grupy należy także skręcenie kiszki około swej osi i wgłobienie jednego odcinka kiszki w drugi.

W zaciśniętej pętlicy powstają zaburzenia w obiegu krwi, rozkład gnilny jej zawartości i wzdęcie; w skutek tego ostatniego na miejscu zaciśnięcia ściana brzuszna się wypukla, jeżeli tylko odcinek zaciśnięty nie leży zbyt głęboko w jamie brzusznej. Wyżej położony odcinek kiszki stara się pokonać przeszkody, w skutek czego następuje w nim wzmożony ruch robaczkowy, słychać kruczenie, a u osobników z cienką ścianą brzuszną—widać nawet falowanie kurczącej się energicznie kiszki. Nadmierna jednakże praca kiszek położonych wyżej zaciśnięcia pozostaje bez rezultatu, kał nie może być przepchnięty do niżej położonych kiszek; po dłuższej lub krótszej bezowocnej pracy następuje paraliż kiszek, a z nim wzdęcie całego brzucha, uciśnięta zaś pętlica wskutek złego odżywiania ulega zmartwieniu, następuje przedziurawienie kiszki, wylanie jej zawartości do jamy brzusznej i zapalenie otrzewny.

Zamknięcie swiatła kiszki—strangulacja następuje wskutek najrozmaitszych przyczyn, przy tem jednakże nigdy nie zachodzi przerwanie krążenia krwi w ścianie kiszki. Jako przyczyny zwężenia światła kiszek znamy nowotwory, które rosną w blizkości kiszki i przybliżając się, mogą uciskać kiszkę z zewnątz, a przy dalszem rozroście mogą nawet zupełnie zamknąć światło kiszki. Ta forma zwężenia światła kiszki może dać — choć w rzadkich wypadkach, objawy nagłego uwięzgnięcia; bywa to wtedy, jeżeli światło kiszki zamyka się powoli i nie daje żadnych objawów zwężenia kiszek, nagle dostaje się do takiej zwężonej kiszki z pokarmem jakieś większe ciało, np.: pestka od wiśni lub śliwki, które nie może przejść przez zwężoną kiszkę i całkowicie zamyka światło kiszek; lub też następuje obrzmienie zapalne, które nagle może zamknąć światło zwężonej kiszki.

Odróżnić zamknięcie kiszek wskutek przyczyn mechanicznych od paralitycznego zamknięcia nie zawsze się udaje. Zatrzymanie stolca może nastąpić bez przeszkód mechanicznych wskutek pierwotnego porażenia ściany kiszki. Wtedy działalność przepychająca porażonej kiszki zupełnie ustaje, kał, dostawszy się do porażonego odcinka, nie może być przepchnięty dalej, następuje zastój i rozdęcie porażonego odcinka kiszki. Przyczyną ustania siły przepychającej kiszki jest paraliż nerwów ruchowych, albo też wzmożona hamująca działalność stosownych gałązek nerwu współczulnego. Najczęstsza przyczyna paraliżu kiszek to zapalenie błony brzusznej; zapalenie, krocząc z zewnątrz do wewnątrz, zajmuje i muskulaturę kiszek, wskutek czego następuje porażenie. Dalej, jako przyczyna porażenia może być uderzenie, ciężkie zgniecenie brzucha, uszkodzenie mlecza pacierzowego wskutek złamania lub uszkodzenia kręgosłupa, po ranach ciętych, przestrzeleniach kręgosłupa, jeżeli przy tem uległ uszkodzeniu sam mlecz pacierzowy lub jego opony. Zatrzymanie ruchu robaczkowego kiszek może nastąpić na drodze odruchowej; jest to tak zw. Paralisie par réflexe. Potrzebne do przepchnięcia kału ruchy kiszek wywołują przy istniejącem cierpieniu w jamie brzusznej ból wzmożony. Kał dochodzi do miejsca bolesnego i tutaj się zatrzymuje. Takie odruchowe porażenie ruchu robaczkowego kiszek może być przy uwięzgnięciu kamienia żółciowego, kamienia nerkowego, części sieci, wyrostka robaczkowego i t. d.

Do tej grupy należy zaliczyć t. z. ileus adynamiczny, pseudoileus, ileus nervosus. Idzie tu o zaburzenia w ruchu robaczkowym kiszek natury nerwowej, np. przy histerji, o skurcz mięśni kiszkowych na drodze nerwowej. W pewnych razach może być przyczyną tego działanie toksyczne— wskutek działania bakterji, albo innych trucizn na muskulaturę kiszek albo na nerwy, od których zależą ruchy tej muskulatury, np. przy zatruciach ołowiem.

Najcięższe przypadki niedrożności kiszek powstają na drodze mechanicznej i te, rozumie się, mogą być leczone tylko chirurgicznie.

W pewnych przypadkach rozpoznanie natury niedrożności kiszek nie przedstawia nadzwyczajnych trudności; bywają jednakże przypadki, gdzie trudno jest sta-

nowczo orzec, z jaką niedrożnością mamy do czynienia; i wtedy wpierw niż chorego poddawać operacji, należy wypróbować, czy nie uda się zwalczyć niedrożności nie uciekając się do operacji; dopiero, kiedy leczenie wewnętrzne pozostaje bez rezultatu, należy, nieczekając ostateczności, choremu zaproponować operację. Leczenie wewnętrzne niedrożności kiszek, jak wspomiałem wyżej, ma szczególne znaczenie dla lekarzy na prowincji, gdzie wykonanie operacji przedstawia nadzwyczajne trudności i naraża chorego na nieporównanie większe niebezpieczeństwo, niż we właściwie urządzonych szpitalach. Tutaj można dopiero ocenić znaczenie wewnętrznego leczenia, ktore, bądź co bądź, w wielu wypadkach nie zawodzi.

Jak długo można czekać z operacją? Na to pytanie daje odpowiedź Nothnagel, który utrzymuje, że dotąd można próbować usunąć niedrożność za pomocą środków wewnętrznych, dopókąd działalność serca jest dobra, a puls pełny i niezbyt częsty. Inni, jak Dieulafoy, radzą natychmiast po rozpoznaniu uwięzgnięcia kiszek nie czekać, tylko operować.

Cóż jednak ma robić w wypadkach uwięzgnięcia kiszek lekarz, który wie, że o operacji marzyć nie można: już to wskutek warunków miejscowych, już to ze względu na to, że chory operacji poddać się nie myśli. Czyż w takich razach ma powiedzieć choremu, że bez operacji, której ze względu na warunki wykonać nie można, musisz umierać i nie ma dla ciebie żadnego ratunku? Byłoby to wprost nieludzkiem z naszej strony, musimy więc w razach takich próbować przywrócić zdrowie choremu za pomocą wewnętrznych środków i częstokroć się zdarza, że w wypadkach wprost rozpaczliwych, gdzie już sami straciliśmy nadzieję na wyzdrowienie chorego, ten powraca do zdrowia bez użycia noża.

Leczenie wewnętrzne niedrożności kiszek zaczynam zwykle od dyjety.

Dyjeta. Skoro tylko postawiliśmy rozpoznanie niedrożności kiszek, pierwszą rzeczą, na jaką zwracamy uwagę chorego, jest dyjeta. Wprawdzie chorzy sami nie chcą nic z pokarmów przyjmować, czując wstręt do nich, jednakże wskutek częstych wymiotów, tracąc wodę z organizmu, czują gwałtowne pragnienie i, chcąc je zaspokoić, wypijają nieraz bardzo duże ilości płynów, co wpływa bardzo niekorzystnie; z jednej bowiem strony zwiększa ciśnienie w jamie brzusznej, co znowu przeszkadza samowolnemu usunięciu przeszkody, z drugiej znowu strony, wywołuje wymioty, które tylko męczą chorego. W celu więc zwalczania pragnienia dajemy choremu lawatywy z ciepłej wody czystej lub z dodatkiem koniaku, lub nawet lawatywy odżywcze; suchość jamy ustnej usuwamy ze pomocą częstego płukania ust wodą lodową. Woda, wlana przez kiszkę stolcową, wchłania się szybko, o czem możemy wnioskować z poprawy napięcia tętna. Pod wpływem tej dyjety ustępują wymioty, przynajmniej częstość ich znakomicie się zmniejsza, siły chorego się poprawiają, a częste płukanie usuwa nieprzyjemną suchość w ustach, wchłonięta zaś przez kiszki woda, zapobiegając wysychaniu tkanek, zmniejsza pragnienie chorego.

Nie dość jednakże chorym z niedrożnością kiszek stosować ścisłą dyjetę, w żołądku przecie takich chorych nie tylko zalegają pokarmy i płyny, jakie on przyjął; do żołądka wracają i masy kałowe z kiszek i te nanowo obciążają żołądek a w końcu wywołują wymioty. Aby uniknąć tego i usunąć z żołądka i kiszek możliwie wszystką zawartość, należy przedsięwziąć przepłukanie żołądka. Przepłukanie żołądka daja nadzwyczaj zadawalniające rezultaty. Chory po przepłukaniu żołądka czuje się zawsze znacznie lepiej, puls jego się poprawia, a co najważniejsza—ustają wymioty, jakie go dotąd szalenie męczyły. Nie dość na tem. Po przepłukaniu żołądka może nastąpić zupełne wyleczenie niedrożności kiszek. Niedawno obserwowałem tego rodzaju przypadek. Mężczyzna, lat 42, chory 4 dni; stolca ani wiatrów nie oddaje już od 5 dni, ból brzucha umiejscowiony w okolicy pępka; dawniej nigdy na nic podobnego nie cierpiał i wogóle był zdrów. Trzy dni temu wystąpiły wymioty, z początku pokarmowe, później cuchnące, kałowe; wymioty męczą go nieustannie, spać zupełnie nie może. Po przepłukaniu żołądka, przy czem wyszła znaczna ilość mas kałowych, czuje się znacznie lepiej; czkawka i wymioty zupełnie ustały. Zasnął, przespał dobrze około 8 godzin, po przebudzeniu bólu zupełnie nie czuje, ma potrzebę stolca, i rzeczywiście wkrótce nastąpiło obfite wypróżnienie. W trzy dni opuścił łóżko zupełnie zdrów. Jak sobie wytłumaczyć podobne wyleczenie? Zdaje się, że po przepłukaniu żołądka i usunięciu zawartości jego i górnej części kiszek, ruchy robaczkowe nieobciążonych jelit mogły być więcej energiczne i to spowodowało usunięcie przeszkody, jaka była. Ścisła dyjeta i

przepłukanie żołądka, są to zabiegi, jakie mają na celu uwolnienie chorego od bardzo nieprzyjemnych i męczących go wymiotów; samo przepłukanie żołądka może niekiedy prowadzić do wyleczenia zupełnego niedrożności kiszek; stosując jednakże ten rękoczyn, nie liczymy nigdy na podobny efekt, mamy tylko na widoku ulżenie choremu. W celu usunięcia niedrożności stosujemy inne zabiegi.

Chcąc usunąć niedrożność kiszek na drodze mechanicznej, stosujemy głębokie wlewania do kiszek. Chociaż efekt takich wlewań podług wielu autorów ogranicza się tylko do grubych kiszek, gdyż prąd wody zastawki B a u c h i n a nie jest w stanie pokonać, jednakże w pewnych razach woda przedostaje się i przez tę przeszkodę, wypełnia kiszki cienkie i po pokonaniu niedrożnego miejsca może się dostać do żołądka, a ztąd przez wymioty na zewnątrz. Należy tylko wlewanie takie robić nie w pozycji leżącej na boku, lecz kazać choremu uklęknąć i oprzeć się na łokcie, t. j. przyjąć pozycję á la vache. W ten sposób udało mi się pokonać niedrożność u kilku chorych. Być może, że w pewnych wypadkach miałem do czynienia z niedrożnością paralityczną, w jednym jednakże wypadku niedrożność była stanowczo mechaniczna.

Mężczyzna lat 37, spadł z woza na zmarzniętą ziemię, poczuł odrazu silny ból w brzuchu, wstał jednakże i pojechał pomimo bólu do domu. Tu zastosowano mu ciepłe okłady, co ulżyło cokolwiek jego cierpieniu, jednakże zupełnie bólu nie zniosło. Po kilku godzinach nastąpiły wymioty; ponieważ wypróżnień nie miał od dwóch dni, dano mu oleju rycynowego, który jednakże zwymiotował razem cuchnącemi żołtemi masami. Wezwany do chorego, zastosowałem mu przepłukanie żołądka i w celu usunięcia bólu zastrzyknąłem mu 0,01 morfiny. Po tem chory czuje się znacznie lepiej. W nocy spał, poprzedniej zaś nocy zupełnie usnąć nie mógł. Na drugi dzień rano bóle znowu męczą chorego, stolca nie miał. Wtedy postanowiłem próbować wywołać stolec za pomocą lawatywy. Po wlaniu do kiszek około 2-ch kwart wody, chory czuje potrzebe oddania stolca, oddaje jednakże prawie czystą wodę; bóle po tym rękoczynie większe; kazałem choremu przyjąć pozycję á la vache, włożyłem kankę szklaną dość długą do kiszki stolcowej i, przytrzymując tę a zarazem uciskając naokoło kanki odbyt, aby woda obok rurki nie wracała nazewnątz, poleciłem trzymać irrygator dwukwartowy napełniony wodą dość wysoko; kiedy weszła już cała zawartość irrygatora do kiszek, poleciłem znowu napełnić irrygator i kiedy prawie cała druga porcja wody weszła do kiszek, około 4-ch litrów, chory zaczął wymiotować masami wodę. To było dowodem, że woda dostała się się do żołądka, a więc przebiegła całe kiszki. Zaprzestałem dalszego wlewania. Po wyjęciu kanki z kiszki stolcowej fontanną wylała się woda a z nią masy kałowe. Chory zmęczony położył się do łóżka. W kilka minut czuje znowu potrzebę stolca i rzeczywiście oddaje kolosalną jego masę. Po tem było jeszcze kilka wypróżnień, bóle znacznie się zmniejszyły, wymiotów więcej nie było, a w dwa dni po tem chory zupełnie zdrów oddał się pracy. Woda więc wlewana bo kiszki stolcowej przechodzi do kiszek grubych, może przeniknąc przez zastawkę B a u c h i n a i płynąć dalej przez kiszki cienkie. Naturalnie, nie zawsze się to udaje i sposobu tego można próbować tylko w świeżych wypadkach niedrożności; po upływie kilku dni na wynik pomyślny liczyć trudno, a przy tem u osobników wycieńczonych chorobą nie odważyłbym się stosować tego zabiegu ze względu na ból, jaki sprawia takie wlewanie i z obawy, aby nie uszkodzić kiszek.

Tak samo jak wlewania wody, Z i m s s e n, R u n e b e r g, C u r s c h m a n radzą wpompowywać powietrze do kiszek za pomocą długiej rurki i balonika R i c h a r d s o n'a. Sam tego sposobu nie używałem, widziałem tylko jak inni koledzy tym sposobem chcieli usunąć niedrożność, jednakże zawsze bez pomyślnego rezultatu.

Przekłucie igłą P r a w a t z a wzdętej przez gazy kiszki zalecał C u r s c h m a n n. Opróżnienie kiszek z gazów usuwa wzdęcie, znosi nienormalne napięcie przepony brzusznej i ścian brzucha i przez to podnosi ruch robaczkowy kiszek; tym sposobem staje się możebne usunięcie samego uwięzgnięcia. Wchłanianie w kiszkach przez ten zabieg ma się powiększać i przez to chronić chorego od zupełnego wyczerpania. Podług M i k u l i c z a przekłucie kiszki przy znacznem wzdęciu razem z innymi zabiegami, jak nap. przepłukanie żołądka, może usunąć niedrożność kiszek.

Tego zabiegu, co prawda, ja sam nigdy u swych chorych nie stosowałem, z tego powodu, że uważałem go jako zabieg bardzo niebezpieczny i chociaż O. R o s e n b a c h nie widzi przy jego stoso-

waniu żadnego niebezpieczeństwa, jednakże nie godziłmbym się z tem zdaniem, a to z powodu, że: 1) po przekłuciu kiszki przez otwór w niej mogą się przedostać do jamy brzusznej czynniki zakaźne, 2) przez cienką igłę nie wiele gazów może wydostać się na zewnątrz, a przez to i efekt będzie minimalny, 3) zmieniona chorobowo ściana kiszki może uledz rozdarciu.

Sam mam żywo w pamięci wypadek niedrożności kiszek u 40-letniej kobiety, do której razem z innym kolegą zostaliśmy wezwani. Na piąty dzień choroby, chora z pulsem prawie niewyczuwalnym, brzuch silnie wzdęty, oczy zapadnięte, nos wydłużony. Nie mogło być mowy o uratowaniu chorej. Kolega zaproponował przekłucie mocne, napiętej i dobrze widocznej przez cienkie powłoki brzucha, kiszki, czego też dokonał. Gazy ze świstem przechodziły przez igłę, co trwało kilkanaście minut; zmęczony trzymaniem igły poprosił mnie, abym nadal ja ją trzymał; ledwo jednakże wziąłem igłę w rękę gazy przestały wychodzić i w kilka chwil kiszka, kurcząc się, tak szarpnęła igłę, że ją ułamała. W kilka godzin chora zakończyła życie. Pomimo, że gazy przez jakieś 20 minut wychodziły przez igłę, wzdęcie brzucha wcale się nie zmniejszyło, co dowodzi, że na znaczne opróżnienie kiszek z gazów za pomocą tego sposobu liczyć nie można, a więc i dodatniego rezultatu spodziewać się niepodobną.

Środki czyszczące. Dawniej bardzo rozpowszechniony sposób leczenia niedrożności kiszek za pomocą środków czyszczących, dzisiaj zupełnie słusznie wszyscy zarzucili. Środki czyszczące nie tylko nie mogą pokonać przeszkody, jaka istnieje, ale wprost przynoszą szkodę. Szkodę, gdyż przy stosowaniu ich następuje prędzej paraliż muskulatury kiszek. Skręcenie kiszek nie może być rozpętane za pomocą silnego targania; może się to niekiedy udać za pomocą powolnych ruchów robaczkowych, nigdy zaś przez szarpanie (Nothnagel). Czyszczące środki przy niedrożności kiszek mogą być stosowane z dobrym skutkiem jedynie, jeżeli mamy niedrożność z powodu zastoju twardych mas kałowych w kiszkach; wtedy użycie soli czyszczących, które, przyciągając wodę do kiszek, z jednej strony mechanicznie działają na usunięcie przeszkody, z drugiej—rozrzedzają masy kałowe, może być właściwe. W innych zaś wypadkach użycie wszelkich środków przeczyszczających jest wprost przeciwskazane.

Leczenie makowcem. Leczenie niedrożności kiszek makowcem ma swe dodatnie i ujemne strony. Dodatnie: uspakaja bowiem często nieznośne bóle chorego, nadmierny ruch robaczkowy kiszek, męczące chorego wymioty a przez to sprowadza pożądany sen i podnosi siły chorego. Ujemne: maskuje nieraz rzeczywisty stan chorego. Makowiec może w pewnych wypadkach usunąć zupełnie niedrożność kiszek i to wtedy, kiedy nadmierny ruch robaczkowy kiszek jest wprost przyczyną powstania i istnienia niedrożności; że tak jest, przekonywa następujący przypadek: M. W., mężczyzna 40 letni, robotnik wiejski, zachorował trzy dni temu. Dawniej był zdrów, cierpiał tylko na często powtarzające się rozwolnienie, które trwało zwykle 4—5 dni; po zastosowaniu jednak dyjety (kleik, rosół, herbata) ustępowało. Tydzień temu po zjedzeniu ogórków rozwolnienie się powtórzyło. Po dwuch dniach dyjety—zupełnie ustąpiło.

Czuł tylko silne burczenie w brzuchu. Trzy dni temu wystąpiły boleści w okolicy pępka, z początku niewielkie, później coraz większe. Ponieważ od dwóch dni chory wypróżnienia nie miał, zastosował więc sobie dużą dawkę (około 4 łyżek) oleju rącznikowego. Po tem jednakże wkrótce wystąpiły wymioty; z początku przyjęte płyny wraz z olejem, a później masy stolcowe. Boleści przy tem tak męczą chorego, że od 3-ch dni zupełnie nie śpi. Ciepłota normalna, tętno słabe 120 na minutę, brzuch w górnej części cokolwiek wzdęty, bolesność nad pępkiem przy obmacywaniu znaczna; chory co chwila wymiotuje cuchnącemi kałowemi masami. Kruczenie i burczenie w brzuchu ciągłe. Po przepłukaniu żołądka wodą przegotowaną, założyłem choremu w kiszkę stolcową czopek z 0,05 makowca. W godzinę chory usnął i przespał kilka godzin, obudził się, oddał obfity stolec, po czem znowu zasnął i spał całą noc. Wieczorem podczas snu tętno pełniejsze, 90 na minutę. Na drugi dzień przed moją wizytą chory wypił szklankę mleka, wymioty się nie powtórzyły. Tętno 84, dobre. Odtąd chory czuje się zupełnie zdrów, bólu zupełnie nie ma.

Nieżyt więc kiszek, na jaki chory cierpi od dłuższego czasu, był przyczyną nadmiernego ruchu robaczkowego kiszek, ten zaś ostatni spowodował niedrożność. Po zadaniu makowca i uspokojeniu ruchu robaczkowego wszystko się wyrównało. Na jednę tylko okoliczność pragnąłbym zwrócić uwagę, mianowicie, aby podawać

makowiec nie przez usta, gdyż w ten sposób działać nie może, zostaje bowiem usuniętym przez wymioty i żadnego znaczenia mieć nie będzie, tylko w formie czopków stolcowych. Wprawdzie temu sposobowi podawania makowca robią niektórzy zarzuty, że niewiadoma jest wchłanialność kiszki stolcowej i przez to nie wiemy, ile danego środka dostało się do obiegu i kiedy z początku może wchłonąć się minimalna ilość, później może nastąpić szybka rezorbcja i zatrucie chorego. Przeciw temu zarzutowi miałbym to do nadmienienia, że niepowinno się wprowadzać do kiszki więcej, niż maksymalną dawkę makowca, a wtedy obojętną jest rzeczą, jaka jest wchłanialność kiszki stolcowej; chociażby nawet dawka, jaką wprowadziliśmy, dostała się do obiegu całkowicie, zatrucia nie sprowadzi, tem więcej, że nigdy nie jest potrzebna nawet tak duża dawka; 0,05 zawsze swój skutek na uspokojenie wywrze i nie potrzeba wprowadzać więcej. Przy takiej dawce obawa zatrucia istnieć nie może.

Leczenie niedrożności kiszek atropiną.

Już przy końcu 18-go wieku spotykamy wzmianki o leczeniu niedrożności kiszek za pomocą wilczej jagody; tak Theden zaleca używanie liści belladony i rabarbaru przy uporczywych zatwardzeniach; w pierwszej połowie 19 stulecia preparaty belladony w rozmaitych postaciach były zalecane przeciw niedrożności kiszek, najwięcej zaś cieszyły się powodzeaiem przy tem cierpieniu lawatywy z naparu belladonny; używano także maści z ekstraktem belladonny w mniemaniu, że ona rozluźnia mięśnie brzuszne; używano również belladonny w postaci naparu lub nalewki do wewnątrz. Później jednak powoli zarzucono jej użycie, przekonawszy się, że w wielu wypadkach na jej działanie liczyć nie można. Dopiero w r. 1899 Batsch, poznawszy znakomite działanie alkaloidu belladonny, t. j. atropiny, w wielkich dawkach przeciw niedrożności kiszek (Münch. med. Wochens. 1899 № 54) zachęcił innych lekarzy do wypróbowania tego środka. Czy środek ten rzeczywiście okazał się skutecznym przy wszelkiego rodzaju niedrożności kiszek, to inna rzecz; nie ulega zdaje się wątpliwości, że przy niedrożności atonicznej działa skutecznie, przy innego zaś rodzaju niedrożności częściej zawodzi, niż działa pomyślnie. Chciałbym tylko zaznaczyć, że dawki proponowane przez Batsch'a a przewyższające znacznie maksymalną dawkę (0,05) mogą sprowadzić fatalne skutki. Bez kwestyi, pewne organizmy taką dużą dawkę znoszą bezkarnie, mogą tylko występować chwilowe lekkie zaburzenia świadomości, co po kilku godzinach przechodzi; inne zaś organizmy na taką dużą dawkę, zastrzykniętą pod skórę, mogą reagować inaczej, mogą nastąpić objawy silnego zatrucia, kończące się pomimo naszego ratunku śmiercią. Taki właśnie przypadek miałem ja. Choremu, 26-cio letniemu mężczyźnie, zastrzyknąłem 0,002 atropiny, a więc znacznie mniejszą dawkę, niż radzi Batsch, i chory ten w 9 godzin po injekcji przy objawach zapaści pomimo ratunku zakończył życie. Przypadek ten opisałem dla przestrogi innych w № 4 „Czasopisma lekarskiego" z roku 1903. Nie radziłbym więc nikomu, aby, idąc za radą Batsch'a, zastrzykiwał taką kolosalną dawkę atropiny. Podług mnie, należy zacząć od dawki mniejszej niż maksymalna, a dopiero wtedy, kiedy przekonamy się, że dany osobnik znosi tę dawkę dobrze, może się przejść do większej. Od czasu swego nieszczęśliwego wypadku, jeżeli chcę leczyć niedrożność kiszek za pomocą atropiny, stosuję ją w dawkach, 0,0005 co 2-3 godziny, jeżeli n. b. po pierwszych dawkach już nie występują objawy zatrucia; w ten sposób wprowadzałem do organizmu od 0,002 do 0,003 atropiny z tą pewnością, że choremu przynajmniej szkody nie wyrządzę.

Jakie jest działanie atropiny na kiszki?

Już w czasie, kiedy używano przy niedrożności kiszek lawatyw z wyciągu wilczej jagody, mniemano, że ona zwalnia skurcz muskulatury jelit i przez to prowadzi do usunięcia niedrożności. Dlatego też polecono belladonnę, lub jej przetwory, przy skurczach organów brzusznych, jak np. bólach żołądkowych, uporczywych wymiotach, przy kolce ołowianej, przy kamicy.

Batsch uzasadnia użycie atropiny przy niedrożności kiszek działaniem jej na nerw trzewny (splanchn.): ponieważ atropina paraliżuje ten nerw, znosi więc hamujące jego działanie na kiszki. Podług podręczników farmakologji atropina w małych dozach pobudza ruch robaczkowy kiszek, w większych zaś dawkach, osłabia go. Działa ona w małych dozach na zakończenia nerwów w kiszkach (tak hamujących n. splanchnici, jak i pobudzającego n. vagi) w większych zaś dozach —na ośrodki nerwowe w samych kiszkach. Jak jednakże działa atropina na ruch robaczkowy kiszek, dotąd stanowczo nic pewnego powiedzieć nie można; jedni utrzy-

mują, że ona wzmaga ten ruch, inni znowu, że usuwa, inni wreszcie, że żadnego wpływu nań nie ma.

Czy atropina może leczyć wszelkie przypadki niedrożności kiszek? Na to pytanie należy odpowiedzieć przecząco. Na działanie atropiny można liczyć tylko w przypadkach paralitycznej niedrożności, w przypadkach zaś mechanicznej niedrożności w wyjątkowych tylko razach może nastąpić wyzdrowienie, chociaż w literaturze nie brak opisu przypadków mechanicznej niedrożności, wyleczonych za pomocą atropiny; jednakże wszystkie one nie są przekonywające. Boltenstern w monografji swej o wewnętrznem leczeniu atropiną, wydanej w 1904 r. zebrał z literatury 46 przypadków niedrożnosci kiszek, leczonych atropiną i przyszedł do następujących wywodów:

1) przy mechanicznej niedrożności:

a) na 6 przypadków przy rozpoznaniu pewnem 1 przypadek wyleczony.

b) na 10 przypadków, gdzie rozpoznanie było przypuszczalnem, 9 wyzdrowień.

2) założenie światła kiszek albo obturatio 14 przypadków — 13 wyzdrowień.

3) paraliż kiszek 8 — wszystkie wyleczone.

4) zamknięcie światła bez postawienia rozpoznania natury niedrożności 8 — wszystkie wyleczone.

Z tego wynika, że atropina leczy skutecznie przypadki niedrożności kiszek paralitycznego pochodzenia: na 8 przypadków wszystkie wyleczone; przy założeniu światła kiszek także można liczyć na jej działanie, przy mechanicznej zaś niedrożności działanie jej więcej niż wątpliwe.

Leczenie faradyzacją. Wspomnieć mi jeszcze wypada o jednym zabiegu stosowanym w celu zwalczenia niedrożności kiszek, mianowicie o faradyzacji. W literaturze lekarskiej nie brak opisów, że za pomocą prądu przerywanego udawało się usunąć niedrożność kiszek. Działanie jednakże faradyzacji może nie ulegać kwestji przy paralitycznej niedrożności; wtedy bez wątpienia można zastosować prąd przerywany z dobrym rezultatem; przy innego zaś rodzaju niedrożności na działanie prądu przerywanego chyba liczyć nie można.

Po wyliczeniu wszystkich środków używanych w celu zwalczenia niedrożności kiszek, należy się zastanowić jak postępować należy w każdym danym wypadku.

Niedrożność paralitycznego pochodzenia z pewnością zwalczy atropina lub faradyzacja; jak jednakże postępować wobec niedrożności mechanicznej, lub w wypadkach, gdzie rodzaju niedrożności ściśle określić nie można.

Przy uwięźgniętych przepuklinach starać się będziemy wprowadzić zawartość worka przepuklinowego z powrotem do jamy brzusznej za pomocą znanych sposobów; jeżeli się to nam nie uda, pozostaje operacja, która ani groźną, ani trudną do wykonania nie jest.

Przy niedrożności zaś wskutek innych przyczyn w warunkach prowincjonalnym musimy użyć wszelkich sposobów, aby choremu ocalić życie bez uciekania się do operacji, jaka w naszych warunkach jest niemożebna. Na podstawie kilkoletniego doświadczenia postępuję w następujący sposób: choremu, męczonemu ustawicznemi wymiotami, najpierw przepłukuję wodą przegotowaną letnią żołądek, co znakomicie uwalnia go od wymiotów; następnie zastrzykuję w odstępach 2—3 godzinnych po 0,0005 atropiny, robiąc takich zastrzykiwań 5 do 6-ciu; jeżeli skutek po tem nienastąpił, stosuję głębokie wlewania do kiszek. W ten sposób usunąłem niedrożność kiszek w 12-u przypadkach. W jednym z tych przypadków zamiast zastrzyknąć atropinę, na początku zastosowałem wlewania wody do kiszek, lecz oprócz wzmożonego bólu innego rezultatu nie osiągnąłem; kiedy jednakże zastrzyknąłem sześć razy po 0,0005 atropiny i wtedy powtórzyłem wlewanie, zabieg ten okazał się skutecznym. Odtąd po przepłukaniu żołądka stosuję atropinę, a kiedy 0,003 atropiny nie odnosi skutku, robię wlewania. Na 12 wyżej wspomnianych wypadków, w 4-ch nastąpiło oddanie stolca bez wlewań, w 8 pozostałych musiałem uciec się do lawatyw i z dobrym skutkiem.

Nie zawsze jednakże postępuję w ten sposób; u chorego z ogromnemi boleściami, z silnym ruchem robaczkowym kiszek staram się po usunięciu zawartosci żołądka uspokoić męczące go boleści, w tym celu wprowadzum do odbytnicy czopek z 0,05 makowca i czekam uspokojenia się bólu. Po uspokojeniu bólu w jednym wypadku wyżej opisanym otrzymałem wyzdrowienie; nie często to jednakże się zdarza; jeżeli więc chory pozbył się męczących go bólów, a stolców nie ma, w takim razie przystępuję do zastrzykiwań atropiny; po 5-ciu lub 6-ciu injekcjach, jeżeli stolca nie było, robię wlewania do kiszek wody, i, jak dotąd, zawsze z dobrym rezultatem. Przy tem nie zauważyłem, aby poprzednia dawka makowca osłabiała działanie atropiny; wogóle, nie uważałbym

makowca lub jego alkaloidu, morfiny, za antagonistów atropiny; jeżeliby tu morfina działała zupełnie przeciwnie niż atropina i znosiła działanie tej ostatniej, w takim razie przy zatruciu atropiną mielibyśmy pewny zupełnie środek w morfinie, tak jednakże nie jest. W wypadku moim po zatruciu atropiną, zastrzykniętą w ilości 0,002, wzrowadzenie 0,1 morfiny w krótkich odstępach czasu po 0,01—nie tylko nie usunęło przykrych objawów, lecz też nie uratowało życia choremu.



Szpital Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.
Z oddziału Dra J. Brudzińskiego.

O zapaleniu nerek w przebiegu płonicy.

Napisał Dr. **Władysław Schoeneich,** lekarz pawilonów dla chorób zakaźnych.

Część I (ciąg dalszy).

Obrzęki. Waga ciała w początkowym okresie choroby. Mocznica. Rozpoznanie.

Omówiwszy ważniejsze pod względem klinicznym własności moczu przy zapaleniu popłoniczem nerek, przechodzimy obecnie do najgroźniejszych, najpoważniejszych objawów tej choroby, do *puchliny i mocznicy.*

Sądząc z opisów płonicy w podręcznikach patologji szczegółowej chorób zakaźnych, lub w podręcznikach chorób dzieci, zdawałoby się, że obrzęki stanowią niezbędną cechę zapalenia nerek w przebiegu płonicy. (Langstein[16]), Heubner, Jürgensen, Biegański).

Obrzęki, szczególniej wybitne, są uważane za objaw poważny: 1) świadczą one o wybitnej niedomodze nerek; 2) wywołują bolesne napięcie skóry i, mechanicznie uciskając naczynia w tkance podskórnej, utrudniają krążenie krwi; 3) obrzęki mogą być objawem bardzo groźnym w zależności od ich umiejscowienia, jak naprz. obrzęk głośni, obrzęk płuc, Hydropericardium, wybitny Hydrothorax; 4) wybitne obrzęki, istniejące przez czas dłuższy, świadczą nie tylko o niedomodze nerek, lecz również o niedomodze serca, która zazwyczaj występuje w tych wypadkach i przyczynia się do wzmnożenia istniejących już nerkowych obrzęków; 5) wreszcie zauważono, że u chorych z obrzękami częściej występują w przebiegu płonicy sprawy zapalne w wewnętrznych narządach, jak: zapalenie płuc, ropne zapalenie opłucnej, niż u chorych bez obrzęków.

Nasz materjał pod tym względem przedstawia się, jak następuje:

Uderza wybitna różnica, zachodząca pomiędzy dziećmi, przyjętemi na oddział z rozwiniętem już zapaleniem nerek, a takiemi, u których omawiane cierpienie powstało podczas pobytu w szpitalu.

Gdy wśród 80 chorych pierwszej grupy znaleźliśmy obrzęki we wszystkich bez wyjątku przypadkach, przytem u większości wybitne, wśród 49 chorych drugiej grupy obrzęki wystąpiły tylko w 16 przypadkach, przytem w 11 z nich ograniczyły się do powiek i twarzy.

W tej wybitnej różnicy pod względem częstości i wielkości obrzęków u chorych jednej grupy a drugiej uwydatnia się nadzwyczaj dobitnie różnica, zachodząca pomiędzy leczeniem i pielęgnowaniem chorych, pochodzących z biedniejszej klasy ludności, u nas na oddziale, a leczeniem tych że chorych po za szpitalem, gdyż wszelkie inne przyczyny, przy jednakowych warunkach, co do charakteru epidemji, pół roku, wieku chorych i t. d. są dla naszego materjału wykluczone.

Pirquet[17]) na zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w 1904 roku zwrócił uwagę, że początek zatrzymania się wody w organizmie przy ostrem zapaleniu nerek można rozpoznać po nieumotywowanem podniesieniu się wagi ciała jeszcze przed zjawieniem się jakichkolwiek widocznych objawów puchliny, a częstokroć nawet przed białkomoczem, i dla tego podniesienie to wagi może służyć jako jeden ze środków rozpoznawczych zapalenia nerek. Przyczyną tego zjawiska jest stan, który francuzi nazywają préoedéme, zależny od obfitego przesiąknięcia wodą tkanek organizmu, a mianowicie narządów wewnętrznych.

Nim pomówimy o wadze ciała naszych chorych, nadmieniamy tutaj, że w celu uchronienia organizmu od nagromadzenia się chlorków, a tem samem przy wystąpieniu zapalenia nerek, od zjawienia się obrzęków, przy których występowaniu podczas ostrego zapalenia nerek zatrzymanie się chlorków gra poważną, główną rolę, podawaliśmy naszym chorym w ciągu ostatnich 9 miesięcy pokarmy pozbawione soli kuchennej, i to zaraz po spadku ciepłoty, przed skonstatowaniem klinicznych objawów zapalenia nerek.

Przy takiem profilaktycznem zmniejszeniu ilości soli kuchennej w djecie chorych, możemy powiedzieć, na zasadzie na-

szych badań, że mieliśmy przypadki, w których zapalenie nerek ani w początku ani też w dalszym przebiegu nie odbijało się zupełnie na wadze ciała i krzywa wagi tych chorych niczem nie różni się od przeciętnej krzywej chorych szkarlatynowych bez zapalenia nerek, w innych przypadkach daje się zauważyć pewne podniesienię się krzywej w początkowym okresie zapalenia nerek, lecz waga ciała podnosiła się powoli, stopniowo tak, że podniesienie to nie mogło nam służyć za objaw rozpoznawczy zapalenia nerek i tylko dzięki następczemu nieumotywowanemu spadkowi możemy á posteriori sądzić, że zależało ono od zatrzymania się wody w organizmie. Następujące trzy przypadki ilustrują nam te stosunki:

Aniela O., 7 lat.			Leokadja O., 6 lat.			Alfreda A., 3 lata.		
Dz. chor.		Waga ciała.	Dz. chor.		Waga ciała.	Dz. chor.		Waga ciała.
10		25 390 grm.	9		18 740 grm.	13		12 600 grm.
12		25 380 „	11		19 200 „	14		12 600 „
15		25 000 „	14		19 150 „	15		12 700 „
17	Nephritis	24 420 „	16	Nephritis	18 850 „	16	Nephritis	13 000 „
19		23 720 „	18		19 130 „	17		12 900 „
21		24 490 „	20		19 130 „	18		13 200 „
23		25 260 „	22		19 280 „	20		13 300 „
25		25 470 „	24		19 650 „	21		13 350 „
27		26 090 „	26		19 200 „	22		13 350 „
			28		19 000 „	23		13 150 „
			30		19 360 „	24		12 800 „
			33		19 550 „	25		13 100 „
			36		19 820 „	26		13 000 „
						27		13 100 „

Mieliśmy jednak i takie przypadki, w których powiększenie się wagi ciała posłużyło nam jako jeden z objawów rozpoznawczych zapalenia nerek.

Przytoczę 2 przykłady: Bronisława R. 4 lata przyjęta na oddział z łagodnymi objawami płonicy 27,VIII,06 w 2 dniu choroby. Ciepłota przy przybyciu 37,8°, *waga ciała 12250 grm.*, mocz bez składników patologicznych.

W ciągu następnych 3 dni ciepłota waha się między 37°,—39°, chora oddaje mocz częściowo wraz ze stolcami, częściowo pod siebie tak, że ilość zebranego oddzielnie moczu wynosi 150 ctm., 200 ctm³.

6 dnia choroby. Ciepłota rano 39,6° wieczorem 39°. Chora skarży się na ból uszu. Przy badaniu uszu: błona bębenkowa lewego ucha zaczerwieniona, prawego zaczerwieniona i uwypuklona. *Waga ciała 13080 grm.*

7 dnia choroby. Ciepłota rano 38°, tętno 120, miarowe, średniego napełnienia. *W moczu białko, wałeczki ziarniste i szkliste, ciałka ropne i oddzielne ciałka czerwone krwi.* Obrzęków nie widać. Wieczorem ciepłota podniosła się do 40,7°.

8 dnia choroby. Ciepłota rano 37,6° wieczorem 39°. Tętno 100 nieco napięte. Waga 12970 grm. moczu 100 ctm.³, próba Hellera bardzo wybitna. *Nieznaczny obrzęk powiek.*

9 dnia choroby. Ciepłota rano 38,4° wieczorem 38,3°. Tętno 110 nieco napięte. Moczu 200 ctm.³, białka 0,25‰. Waga 12480 grm. Obrzęków brak. Bolesność uszu nieznaczna.

Dalszy przebieg normalny. Chora wypisana 4. X. 06.

W tym przypadku waga podczas gorączkowego okresu u 4-letniej dziewczynki podniosła się w ciągu 3 dni o 830 grm. Podniesienie się wagi było niczem nieumotywowane: w ciągu gorączkowego okresu, podczas którego dzieci są na ścisłej mlecznej djecie, waga wśród naszych chorych zazwyczaj nie tylko nie wzmaga się, lecz spada. Ciepłota podniosła się również, lecz przy istnieniu powikłania ze strony uszu nie mogła nam służyć za objaw rozpoznawczy zapalenia nerek. Częstość i charakter tętna w pierwszym dniu również nie wskazywały na wystąpienie omawianego powikłania. W tym przypadku tylko wybitne podniesienie się wagi ciała skłoniło nas do dokładnego zbadania moczu i pozwoliło stwierdzić początek zapalenia nerek już w 7 dniu choroby. Nieznaczny obrzęk powiek wystąpił w 2 dni po podniesieniu się wagi.

Drugi przypadek dotyczy chorej Kazimiery S., 12 lat, przyjętej na oddział 13.VII w 2 dniu choroby. Przebieg gorączkowego okresu płonicy normalny. Waga przy przyjęciu 26,810 grm., 7 dnia choroby waga spadła do *26,580 grm.*

9 dnia choroby. Ciepłota 37,4° in recto, tętno 98 średniego napełnienia, miarowe. Moczu 300 ctm. bez składnikow patologicznych. Ogólny stan bardzo dobry. Waga 27000 grm.

10 dnia choroby. Ciepłota normalna. Tętno 78 miarowe, nieco napięte. Waga *27390 grm.* Moczu 300 ctm. *Białka brak. Pod mikroskopem wałeczki ziarniste i szkliste.* Obrzęków nie widać.

12 dnia choroby. Tętno 68 napięte i niemiarowe. Moczu 500 ctm. bez białka z wałeczkami ziarnistymi i szklistymi. Waga 27670 grm. Obrzęków nie stwierdzono.

13 dnia choroby. Ciepłota normalna. Tętno 78, niemiarowe i napiste. Moczu już 1050 ctm., waga jednak podniosła się jeszcze wyżej do 27580 grm. Obrzęków brak.

W ciągu następnych dni waga spada i 18 dnia choroby chora waży 26810 grm. Tętno 80 nieco napięte i niemiarowe. Moczu 600 ctm. bez białka, morfotyczne składniki, jak wyżej.

W dalszym przebiegu waga już wskutek normalnego przyrostu stopniowo podnosi się i w dniu wypisania chorej ze szpitala 5.VIII wynosi 27770 grm.

W ciągu całego przebiegu zapalenia nerek nie znaleziono obrzęków i nie stwierdzono ani razu białka w moczu. Niemiarowość i napięcie tętna, jak również morfotyczne składniki moczu powoli znikały i 24 dnia choroby zanotowano: tętno 80 miarowe, średniego napełnienia, moczu 800 ctm. bez składników patologicznych.

I w tym przypadku, przy nieznacznem zmniejszeniu się ilości moczu i wystąpieniu napięcia tętna, podniesienie się wagi ciała w ciągu trzech dni o 810 grm. skłoniło nas mimo ujemnej proby na białko do drobnowidzowego zbadania osadu moczowego, dzięki czemu stwierdziliśmy początek zapalenia nerek. W przypadku tym, mimo braku obrzęków w ciągu całego przebiegu zapalenia nerek, z zachowania się wagi ciała—(podniesienie się w początkowym okresie i następczy spadek o przeszło 1 kilogram)—możemy sądzić o zatrzymaniu się wody w organizmie. Wreszcie przypadek ten może nam służyć, jako przykład zapalenia nerek bez białka w moczu przy dość wybitnym wpływie na układ krwionośny, gdyż przez czas dłuższy występowały napięcie i niemiarowość tętna.

Spostrzegaliśmy jeszcze kilka podobnych przypadków z podniesieniem nieumotywowanem wagi ciała, jak naprz. wyżej już przytoczony przypadek zapalenia nerek u czteroletniego chłopca Stefana L., pochodzący również, jak i przypadek powyższy z okresu, w którym profilaktycznie nie stosowaliśmy djety pozbawionej soli kuchennej. I w tym przypadku, mimo braku obrzęków, mimo niezmniejszenia się ilości moczu przy początku zapalenia nerek, waga ciała w ciągu dwóch dni podniosła się o 520 grm.

Jak widzimy na powyższych przykładach podniesienie się wagi ciała w początkowym okresie zapalenia nerek może wystąpić nawet w tych przypadkach, w których nie stwierdzono obrzęków; niekiedy waga podnosi się szybko do znacznej wysokości i może służyć jako jeden z początkowych objawów zapalenia nerek.

Prócz wartości rozpoznawczej systematyczne ważenie chorych ma o wiele większe znaczenie przy leczeniu zapalenia nerek. Przedewszystkiem może ono nam służyć za sprawdzian dostateczności stosowanej przez nas djety. Następnie przy leczeniu chorych z obrzękami dzięki codziennemu ważeniu otrzymujemy ścisłe dane, co do zmniejszenia lub wzmagania się obrzęków.

Stopniowy spadek wagi ciała przy stopniowem wzmaganiu się ilości moczu— oto kliniczne objawy zmniejszania się obrzęków i odwodnienia organizmu, a zarazem sprawdziany celowości i skuteczności stosowanych przy leczeniu zapalenia nerek zabiegów.

Szczegółowiej pomówimy o zachorowaniu się wagi ciała u naszych chorych, gdy będzie mowa o leczeniu zapalenia nerek, obecnie przechodzimy do *mocznicy.* Spostrzegaliśmy 20 przypadków mocznicy. W dwóch chorzy, przyjęci na oddział w stanie agonji, zmarli—jeden po półgodzinnym, drugi po sześciogodzinnym pobycie w szpitalu mimo zastosowania środków pobudzających przy wybitnych objawach niedomogi sercowej.

Dwoje następnych chorych przyjęto *z porażeniami,* poprzedzonemi w domu wielokrotnymi napadami drgawek.

Władysław R. $7^1/_2$ lat, przyjęty 23. VII.06 w 6 dniu choroby z Hemiplegia sinistra cum nerwo faciali sinistro, powstałej poprzedniego dnia po długotrwałych drgawkach z krwawemi wymiotami

16 przypadków mocznicy.

Imię i Nazwisko	Wiek	Ciepłota podczas mocznicy	Mocz			Objawy mocznicy	Puchlina	Układ krwionośny		Leczenie	Zejście	Uwagi.
			Ilość dobowa	Białko	Składniki morfotyczne			Serce	Tętno			
Stefanja K.	4	36,8°-38,3°	Mocz ze stolcami	Wiele	Wałeczki ziarniste i szkliste, ciałka ropne.	Ból głowy, niepokój, duszność Oddech 84.	Obrzęk całego ciała, szczególniej twarzy i kończyn dolnych	Granice normalne. Tony głuche. Rytm cwałowy	156, nikłe.	Kąpiele ciepłe, zawijania, Infus. Sennae.	Śmierć	Zmarła po 3 dobowym pobycie w szpitalu.
Jan S.	5	37°-37,9°	Mocz ze stolcami	0,5°/₀₀	Wałeczki ziarniste i szkliste, ciałka ropne.	Wymioty, senność, częste ziewanie.	Obrzęk całego ciała. Hydrocele, Hydrothorax.	Powiększenie stłumienia serca. Wybitne wzmożenie drugiego tonu nad aortę. Rytm cwałowy	Nikłe, trudnomacalne, niezliczalne.	Kąpiele 28° godzinne. Secale cornutum. Infus. Sennae.	Wyzdrowienie.	Przyjęty na oddział z objawami mocznicy.
Joanna J.	5	38°-38,5°	150 ctm. ³	0,75°/₀₀	Krew, wałeczki, ciałka ropne.	Krótkotrwałe częściowe drgawki, ból głowy.	Obrzęk powiek i stóp.	Tony głuche.	108, niemiarowe, nieco napięte.	Kąpiele ciepłe, zawijania, lawatywy.	Wyzdrowienie.	Przyjęta [illegible] dział z objawami mocznicy.
Anna R.	10	37,5°-37,9°	400 ctm. ³	4°/₀₀	Krew, wałeczki, ciałka ropne.	Senność, apatja, wymioty, drgawki	Obrzęk twarzy i kończyn dolnych.'	Tony głuche. Drugi ton nad aortą i tętnicą płucną wzmożony.	130, niemiarowe i nieco napięte.	Kąpiele 28° godzinne. Infus. Sennae.	Wypisana z moczem, zawierającym białko i wałeczki.	Przyjęta na oddział już po długotrwałych i kilkakrotnych drgawkach.
Weronika S.	1½			Ślad.	Wałeczki ziarniste.	Utrata przytomności. Duszność Długotrwałe, kilkakrotne drgawki	Obrzęk całego ciała.	Tony głuche.	Tętno napięte.	2 kąpiele godzinne. Zawijania. 3 lawatywy. Infus. Sennae. Camphora. Upust 75 ctm. ³ krwi.	Śmierć.	Przyjęta z objawami mocznicy i zmarła po 20 godzinnym pobycie w szpitalu.
Leon H.	5	35,4°-37°.	Bezmocz.	Ślad.	Wałeczki ziarniste i szkliste	Utrata przytomności. Duszność.	Obrzęk wybitny całego ciała. Ascites. Hydrocele.	Powiększenie stłumienia serca. Tony bardzo głuche. Rytm cwałowy	Tętno w początku niemacalne, następnie 124 niemiarowe nikłe, nieco napięte.	Camphora. Inf. Sennae. Upust 90 ctm. ³ krwi. 14 baniek ciętych.	Śmierć.	Przyjęty z objawami mocznicy i zmarł po 20 godzinnym pobycie w szpitalu.
Władysław P.	8	38,1°.	200 ctm. ³+ w stolcach.	Ponad 12°/₀₀	Wałeczki ziarniste i szkliste.	Duszność. Oddech 70-78. Wymioty.	Obrzęk wybitny całego ciała. Hydrocele.	Powiększenie stłumienia serca. Tony głuche. Rytm cwałowy	Tętno nikłe, niezliczalne	Camphora. Coffein. Infus. Sennae. 6 baniek ciętych. Upust 60 ctm. ³ krwi.	Śmierć.	Przyjęty z objawami mocznicy i zmarł po 31 godzinnem pobycie w szpitalu.
Stanisława B.	5½	36,5°-37,6°	Mocz ze stolcami	4°/₀₀	Krew, wałeczki ziarniste i szkiste, ciałka ropne.	Wymioty, Drgawki.	Obrzęk wybitny całego ciała.	Powiększenie stłumienia serca. Tony głuche. Wzmożenie drugiego tonu nad tętnicą płucną.	84, napięte	Kąpiel godzinna Camphora. Upust krwi.	Śmierć.	Przyjęta z objawami mocznicy i zmarła po 36 godzinnem pobycie w szpitalu.
Ryszard G.	9	36,5°-39°	Mocz ze stolcami	7°/₀₀	Krew, wałeczki ziarniste i szkliste.	Wymioty. Kilkakrotne długotrwałe drgawki z utratą przytomności. Amaurosis.	Obrzęk wybitny całego ciała. Hydrothorax. Hydrocele.	Tony głuche. Pierwszy ton przy wierzchołku nieczysty. Rytm cwałowy i płodowy.	Tętno 80 do 116 z trudnością wyczuwalne, małego napełnienia, napięte.	Kąpiele ciepłe. Zawijanie. Camphora. Secale Cornutum. Infus. Sennae. Upust 100 ctm. ³ krwi. Wstrzykiwanie podskórne i wlewania do jelita soli. 14 baniek ciętych.	Śmierć.	Przyjęty z objawami mocznicy. Wypisany na żądanie rodziców w stanie b. ciężkim po 60 godzinnym pobycie w szpitalu. Zmarł w domu po upływie jednej godziny.
Władysława P.	10	37,5°-38°	400 ctm. ³+ w stolcach.	Niema	Wałeczki ziarniste i szkliste.	Krótkotrwałe parokrotne drgawki z utratą przytomności. Niepokój. Amaurosis.	Nieznaczny obrzęk stóp.	Tony serca głuche. Drugi ton nad tętnicę płucną wzmożony. Powiększenie stłumienia serca.	Tętno 80-84 słabego napełnienia, napięte.	Upust 100 ctm. ³ krwi. Kąpiele 28° godzinne. Infus. Sennae.	Wyzdrowienie.	Przyjęta z objawami mocznicy.
Czesława S	9	37°-37,4°	300 i pod siebie.	2½°/₀₀	Krew, wałeczki ziarniste i szkliste, ciałka ropne.	Wymioty, ból głowy. Kilkakrotne długotrwałe drgawki z utratą przytomności. Amaurosis.	Niema.	Powiększenie stłumienia serca. Tony czyste.	Tętno 120.	Upust 105 ctm. ³ krwi, Lawatywa. Inf. Senna. Camphora 17 baniek ciętych. Lawatywa z chlorafhydrat. Chloroform do wdychania. Kąpiele 28° godzinne. Secale carnut.	Wyzdrowienie.	10 dnia pobytu w szpitalu zastrzyknięto z powodu Angina difterica 1000 J. surowicy przeciwbłoniczn ej. Po zastrzyknięciu wystąpiło pogorszenie Nephritis: wzmogła się ilość białka i krwiomocz, a 12 dnia wystąpiły drgawki. Wymioty zaś występowały już przed przybyciem do szpitala i powtarzały się podczas 3 pierwszych dni.
Olga M.	9	36,5°-39,8°	Mocz oddaje pod siebie i wraz ze stolcami.	Ślad.	Krew, wałeczki ziarniste i szkliste, ciałka ropne, komórki nerkowe.	Wymioty. Niepokój. Drgawki z utratą przytomności. Duszność. Oddech 94.	Obrzęk wybitny całego ciała.	Powiększenie stłumienia serca. Tony serca b. głuche. Rytm płodowy, chwilami cwałowy.	Tętno z trudnością wyczuwalne, niezliczalne	W domu 4 pijawki: Lawatywy. Kąpiele godzinne Camphora. Zawijania. 14 baniek ciętych. Upust 100 ctm. ³ krwi. Wstrzykiwanie podskórne soli.	Wyzdrowienie.	Przyjęta z objawami mocznicy. Powikłanie: Pneumonia duplex.
Robert I.	8	38,4°	Moczu od 100 do 650 ctm. ³ + w stolcach.	Ślad	Krew, wałeczki ziarniste i szkliste, ciałka ropne.	Wielokrotne, długotrwałe drgawki, powtarzające się w ciągu 4 dni. Niezupełna utrata przytomności. Śpiączka.	Obrzęk wybitny całego ciała. Hydrocele.	Powiększenie stłumienia serca. Nad wierzchołkiem pierwszy ton z podmuchem. Rytm płodowy.	Tętno podczas drgawek niemacalne, w przerwach. zaś 90-96 niemiarowe nieco napięte.	Upust 150 ctm. ³ krwi. 13 baniek ciętych, a po 2 dniach 14 baniek ciętych. Lawatywy z choralhydrat. Kąpiele 28 godzin. Zawijania. Inf. Sennae. Secale cornut.	Wyzdrowienie.	Drgawki wystąpiły w 4 dniu pobytu chor[illegible] w szpita[illegible]
Hugo K.	8	38,4°	Mocz oddaje pod siebie i ze stolcami.	Ślad	Wałeczki ziarniste i szkliste.	Drgawki z utratą przytomności. Niepokój.	Obrzęk twarzy, stóp okolicy lędźwiowej.	Tony głuche.	niemiarowe i nieco napięte.	Upust 80 ctm. ³ krwi. Kąpiele ciepłe i zawijania. Camphora.	Wyzdrowienie.	Przyjęty z drgawkami.
Stanisława S.	6	37,8°	400 ctm. ³	2°/₀₀	Krew, wałeczki ziarniste, komórki nerkowe.	Duszność. Niepokój.	Obrzęk wybitny twarzy i kończyn dolnych.	Granice normalne. Tony czyste, mocne.	Tętno 86-100 napięte, niemiarowe.	Upust 70 ctm. ³ krwi. Kąpiele godzinne.	Wyzdrowienie.	Objawy mocznicy wystąpiły w 4 dniu pobytu w szpitalu.
Juljan S.	7	37°-37,4°	Mocz ze stolcami.	1°/₀₀	Wałeczki ziarniste i szkliste.	Drgawki. Ból głowy. Duszność.	Obrzęk całego ciała.	Tony serca głuche. Drugi ton nad aortą wzmożony.	Tętno 70, napięte i niemiarowe	Upust 60 ctm. ³ krwi. 18 baniek ciętych. Kąpiele godzinne. Zawijania. Infus. Sennae.	Wyzdrowienie.	Objawy mocznicy wystąpiły w 4 dniu pobytu chorego w szpitalu.

i krwotokiem z nosa. W moczu białko, bardzo wiele wałeczków ziarnistych i szklistych, ciałek ropnych. Chory wypisany po 4 dniowym pobycie w szpitalu bez polepszenia. Po upływie kilku miesięcy widzieliśmy chorego w ambulatorjum szpitalnem. Ruchy w porażonych kończynach i twarzy powróciły do normy.

Karolina K., 8 lat, przyjęta 12 XII.06 w szóstym tygodniu choroby z Monoplegia superiori destra, powstałej po 6-godzinnych drgawkach z wymiotami. Nazajutrz podczas pierwszego dnia pobytu w szpitalu chora nieprzytomna, niespokojna, rzuca się, od czasu do czasu występują u chorej napady śmiechu „Lachkrämpfe". W moczu białko, krew, ciałka ropne, wałeczki ziarniste i szkliste, komórki nerkowe. Następnego dnia chora zupełnie przytomna, spokojna. Drgawki nie powtórzyły się więcej. Po sześciotygodniowym pobycie w szpitalu chora wypisana wyleczoną z zapalenia nerek, a ruchy w porażonej kończynie powróciły prawie zupełnie do normy z wyjątkiem palców.

Występowanie porażeń w przebiegu płonicy należy do rzadkich powikłań tej choroby.

Aleksiejew[13]) opisał dwa osobiście obserwowane przypadki i zebrał z literatury 7, opisanych przez Taylora, Eulenburga, Bohna, Shepherda, Brunsa, Wida, Henocha. Biegański, Krol[19]), Leichtenstern również spostrzegali podobne powikłania.

W większości przypadków porażenia w przebiegu płonicy stwierdzono zapalenie nerek, a w niektórych z nich również zapalenie wsierdzia. Porażenie niezawsze występowało po wybitnych objawach mocznicy, po drgawkach, niejednokrotnie zjawiało się ono zupełnie niespodziewanie, bez zwiastunów.

Występowanie porażenia połowiczego zależało w jednych przypadkach od zatoru, w drugich od zakrzepu naczyń mózgowych, wreszcie w tych przypadkach, gdzie porażenie występowało po drgawkach przy braku objawów zapalenia wsierdzia, szczególniej, jeżeli po stosunkowo krótkim przeciągu czasu następowała wybitna poprawa lub wyleczenie, jak naprz. w naszych przypadkach, porażenie mogło być skutkiem krwotoku mózgowego.

Prócz przypadków porażenia jednostronnego, występującego w późniejszym pogorączkowym okresie płonicy, opisane są przypadki porażenia w początkowym okresie, przytem w niektórych z nich porażenie obejmowało jednocześnie górne i dolne kończyny. Tak naprz. w przypadku Shepherda porażenie wszystkich kończyn i niemota wystąpiły u 5-letniej dziewczynki zaraz po zniknięciu wysypki; w przypadku Brunsa porażenie górnych i dolnych kończyn i niemota wystąpiły u $7^1/_2$ letniej dziewczynki w 8 dniu choroby; w przypadku Henocha porażenie połowiczne u 3-letniego chopca wystąpiło 5 dnia choroby. Co jest przyczyną tych wczesnych porażeń, krwotoki mózgowe (Henoch uważa za przyczynę porażenia, w swym przypadku — krwotok mózgowy), czy zapalenie mózgu—Encephalitis haemorrhagica—trudno orzec. W każdym razie to ostatnie cierpienie jest nadzwyczaj rzadkiem i przed postawieniem podobnego rozpoznania należy wykluczyć mocznicę. W pierwszym z naszych przypadków porażenie wystąpiło bardzo wcześnie, gdyż już 5 dnia choroby, jednak z powodu tego, że miało miejsce po drgawkach i wymiotach przy stwierdzeniu patologicznych składników w moczu: białko, bardzo wiele wałeczków i ciałek ropnych należy przyjąć, że mieliśmy do czynienia z mocznicą. Nasz przypadek z powodu tego wczesnego wystąpienia zapalenia nerek i mocznicy, należy do nadzwyczaj rzadkich. Jednak podobne przypadki, aczkolwiek bardzo nieliczne, były obserwowane. Baginsky naprz. przytacza dwa przypadki, z których w jednym śmierć wskutek mocznicy nastąpiła 4 dnia choroby, w drugim wskutek tejże przyczyny 5 dnia choroby. Hagenbach[20]) obserwował przypadek mocznicy w pierwszym tygodniu choroby.

Co do objawów mocznicy, obserwowanych w pozostałych 16 przypadkach, to przedstawimy je w następującej tablicy.

Jak widzimy, *ciepłota* tylko w 6 przypadkach przewyższała 38°, w pozostałych była normalną, lub podnosiła się o kilka dziesiątych stopnia.

Ilość moczu w znacznej większości przypadków była wybitnie zmniejszoną, gdyż chorzy oddawali mocz w nieznacznej ilości tylko wraz ze stolcami, w jednym przypadku stwierdziliśmy bezmocz. Zmniejszenie się ilości moczu przy mocznicy występuje nie nagle, lecz stopniowo i chorzy już w ciągu kilku dni przed mocznicą wydzielają mało moczu.

Zdarzają się jednak wyjątki. W niektórych przypadkach ilość moczu nawet podczas mocznicy nie zmniejsza się zupełnie. Baginsky spotykał przypadki, w których chorzy oddawali podczas mo-

cznicy 1500—1800—2000 ctm. moczu. Jakubowicz[21]) podał w swej pracy również kilka podobnych przypadków. Wśród 19 przypadków mocznicy, opisanych przez Singera[22]), w 8 ilość moczu była normalną.

W innych przypadkach zmniejszenie się ilości moczu występuje nie stopniowo, lecz szybko, tak, że jeszcze w przeddzień chorzy oddają normalną ilość moczu.

Przypadki podobne również obserwowaliśmy. Naprz. u chorego Juljana Sł. ilość moczu od 8 rano 22.IX.06 do 8 rano 23.IX.06 wynosiła 775 ctm. Przed południem 23.IX chory oddał nieznaczną ilość moczu wraz ze stolcem, a o 4-ej godzinie po południu wystąpiły drgawki. U Czesławy G. ilość moczu od 8 rano 22.I.07 do 8 rano 23.I.07 wynosiła 700 ctm. O 8-ej 23.I chora skarżyła się na ból głowy i raz wymiotowała, a o 11-ej przed południem wystąpiły drgawki. W ciągu doby, drgawki powtórzyły się trzykrotnie, chora oddała 300 ctm. moczu do słoja, a prócz tego bardzo wiele pod siebie i wraz z 2 stolcami.

Chory Robert J., u którego drgawki po raz pierwszy wystąpiły o 4-ej nad ranem 5.X.06, w ciągu następnych dni powtarzały się codziennie i po raz ostatni wystąpiły 8.X. o 10-ej wieczorem, oddawał podczas okresu mocznicy oddzielnie do słoja od 100 do 650 ctm. moczu na dobę, prócz tego wiele pod siebie i wraz z licznymi stolcami, obrzęk podczas tego okresu wybitnie zmniejszył się i choremu ubyło na wadze 1620 grm.

Po napadzie mocznicy przy odpowiedniem leczeniu ilość moczu zazwyczaj zwiększa się szybko i w niektórych przypadkach chorzy już nazajutrz wydzielają normalną ilość moczu. Tak naprz. chora Olga M. nazajutrz po mocznicy oddała 1000 ctm. moczu, Stasia S.—900 ctm. moczu.

O składnikach patologicznych moczu podczas mocznicy możemy powiedzieć to samo, co wogóle o składnikach patologicznych moczu podczas zapalenia popłoniczego nerek; powiedziec można: panuje tu wielka rozmaitość co do ilości poszczególnych składników i co do ich wzajemnego stosunku. Specjalnie, co się tyczy białka, w niektórych przypadkach spotykamy duże ilości białka, w innych tylko ślady, w jednym przypadku nie stwierdziliśmy ani razu podczas mocznicy jak również w dalszym przebiegu zapalenia nerek obecności białka w moczu.

Co do *objawów mocznicy*, to niektórzy autorowie, jak naprz. Biegański[22]) dzielą je na groźne i łagodne. Do groźnych Biegański zalicza drgawki, porażenia, śpiączkę i zapad bez drgawek, do łagodnych należą ból głowy, wymioty, biegunka, duszność, nagła ślepota.

Jeżeli przyjrzymy się objawom mocznicy wśród naszych chorych, to zauważymy, że prawie u wszystkich występowały objawy groźne mocznicy, tak naprz. drgawki wystąpiły w 13 przypadkach. U wielu z naszych chorych występowały jednocześnie objawy należące do jednej i drugiej grupy. Słusznie twierdzi Biegański, że objawy, umieszczone w drugiej grupie, nazywamy łagodnymi nie dlatego, żeby one pod względem rokowania, miały dobre znaczenie lecz ze względu na słabsze zatrucie, będące ich powodem. Tak naprz. wśród naszych śmiertelnych przypadków, mieliśmy 3 przypadki, w ktorych głównym objawem była duszność, zaliczana do objawów łagodnych.

Leichtenstern[23]) do najczęstszych objawów mocznicy popłoniczej zalicza *duszność*, połączoną częstokroć z przyspieszoną czynnością serca (Dyspnoe seu Tachypnoe uraemica+Tachycardia), przytem częstość oddechu dochodzić może do 60, a tętna do 200.

Wśród 6 przypadkow duszności przy mocznicy w 3 przypadkach obserwowaliśmy jeszcze większą częstość oddechu, niż podaje Leichtenstern, mianowicie w jednym częstość oddechu wynosiła 84, a tętno 156; w drugim—częstość oddechu 78, a tętno niezliczalne. Najwybitniejszym przykładem pod tym względem może nam służyć chora Olga M. Oddech u tej dziewczynki podczas mocznicy był nadzwyczaj utrudniony, przerywany i nosił charakter zbliżony do typu Cheyne-Stockesa. Po mocznicy wystąpiło u chorej powikłanie ze strony płuc—ogniskowe zapalenie płuc, przytem 9.XII.06 stwierdzono nieznaczne przytłumienie i nieco rzężeń i trzeszczeń pod lewą łopatką, a 11.XII.06 oddech oskrzelowy i wiele trzeszczeń pod prawą pachą i prawym obojczykiem. Ciepłota z powodu zapalenia płuc podniosła się, a częstość oddechu mimo podniesienia się ciepłoty do znacznej wysokości zmniejszyła się w porównaniu z obserwowaną podczas mocznicy, jak o tem świadczą następujące dane:

9.XII	r. ciep. 38,5°,	oddech	94	w. ciep.	40,3°.
10.XII	„ „ 40,4°,	„	68	„ „	39.5°.
11.XII	„ „ 39,4°,	„	60	„ „	39,8°.
12.XII	„ „ 39,9°,	„	48	„ „	40,3°.
13.XII	„ „ 39,6,	„	46	„ „	39,6°.

Słów kilka powiemy jeszcze o jednym z objawów mocznicy—*o ślepocie.*

Obserwowaliśmy trzy przypadki ślepoty moczniczej, przytem jeden z zejściem śmiertelnem, dwa z zejściem pomyślnem. W tych ostatnich przypadkach mieliśmy możność obserwowania stopniowego powrotu siły wzrokowej do normy i ciekawego zachowania się odruchów źrenicowych na światło.

U Władzi P. nagła ślepota wystąpiła przed drgawkami. Już z rana 27.XI.06 matka zauważyła, że chora nic nie widzi, nie spostrzega przedmiotów, nie odróżnia światła od ciemności, a dopiero po południu tegoż dnia wystąpiły drgawki i chorą przywieziono do szpitala. Przy badaniu odruchów źrenicowych stwierdzono brak odruchu na przystosowanie, a co do odruchu na światło, to przy badaniu dna oka przez specjalistę (Dr. M i c h a l s k i), które wykazało nieznaczny obrzęk tarczy wzrokowej, zauważono, że przy oświetlaniu reflektorem następuje sekundowe zwężenie źrenic, które natychmiast ustępuje miejsca rozszerzeniu źrenic ad maximum.

1.XII po południu chora zaczęła spostrzegać przedmioty. 2.XII. liczy dobrze palce. 4.XII Odczytuje duże litery, mniejszych zaś (zwykły druk książkowy) nie jest w stanie odczytać. Odruch źrenicowy na przystosowanie zupełnie normalny. Odruch na światło taki, jak wyżej: po wybitnem sekundowem zwężeniu źrenic następuje przy dalszem oświetlaniu rozszerzenie się źrenic ad maximum. 5.XII Chora widzi jeszcze lepiej, rozpoznaje mniejsze litery. 9.XII. Źrenice przy oświetlaniu zwężają się znakomicie. Prawa źrenica trwała przy pierwszem oświetlaniu 40 sekund bez ruchu w stanie zwężenia, lewa źrenica po 10 sekundach zaczęła robić oscylacje (ruchy wahadłowe, drgania), rozszerzyła się zaś zupełnie dopiero po 20 sekundach. Przy powtórnem oświetlaniu prawej źrenicy, bez oscylacji źrenica wytrwała tylko 10 sekund. (U zdrowej dziewczynki Mani L. oscylacje zaczęły się dopiero po 1 m. 20 sek.; doświadczenie przerwano, gdyż oko zaczęło zachodzić łzami).

12.XII. Przy oświetlaniu prawej źrenicy już po 11 sekundach zauważono oscylacje, a po 44 sekundach źrenica rozszerzyła się; przy oświetlaniu lewej źrenicy po 1 m. 40 sek. jeszcze nie zauważono oscylacji i doświadczenie przerwano.

W drugim przypadku ślepoty moczniczej u chorej Czesławy G., u której zupełna ślepota wystąpiła w 6 godzin po zjawieniu się drgawek i trwała tylko dwa dni, stwierdziliśmy również podobne aczkolwiek nie tak wybitnie wyrażone zachowanie odruchów źrenicowych na światło.

Co do *obrzęków* u chorych z mocznicą, to we wszystkich przypadkach śmiertelnych stwierdziliśmy wybitny obrzęk całego ciała, w większości pozostałych przypadków obrzęki były również bardzo wybitne, tylko w dwóch przypadkach ograniczyły się do powiek i stóp, a w jednym przypadku podczas napadu drgawek w 12 dniu pobytu chorej w szpitalu obrzęków nie było, chociaż przy przybyciu chorej na oddział stwierdziliśmy obrzęk całego ciała. Obrzęki były szczególniej wybitne i częstokroć zajmowały tkankę podskórną, i jamy ciała w tych przypadkach, w których stwierdziliśmy wybitne objawy niedomogi sercowej tak, że należy przypuścić, że w tych przypadkach mieliśmy do czynienia z puchliną, powstałą nietylko wskutek niedomogi nerek, lecz również wskutek niedomogi serca.

Co do objawów ze strony *układu krwionośnego,* to dostateczną jest rzeczą rzucić okiem na powyższą tablicę, aby przekonać się, jakie rożnorodne objawy występowały u naszych chorych. Tu zaznaczymy tylko, że w 8 przypadkach stwierdziliśmy powiększenie stłumienia serca, przytem w 2 przypadkach w lewą i w prawą stronę, w 3 przypadkach tylko w prawą, w 3 przypadkach tylko w lewą stronę. Rozszerzenie serca może powstać podczas napadu mocznicy, jak to mogliśmy stwierdzić w 2 przypadkach u Czesławy G. i Roberta J., u których przed drgawkami granice serca były normalne, po mocznicy zaś znaleźliśmy powiększenie stłumienia serca u pierwszej w lewą stronę, u drugiego w prawą.

W 6 przypadkach stwierdziliśmy rytm cwałowy tonów serca, przytem w 2 przypadkach rytm ten chwilami ustępował miejsca rytmowi płodowemu; w 1 przypadku podczas drgawek stwierdziliśmy rytm płodowy.

Wszystko to są objawy niedomogi sercowej. O rytmie cwałowym P a w i ń s k i[25]) powiada, „że z jakiegokolwiek punktu widzenia zapatrywalibyśmy się na źródło powstania trzeciego tonu, resp. rytmu cwałowego, należy go w każdym razie uważać za wynik dysharmonji pomiędzy ciśnieniem krwi tętniczem, a siłą mięśnia sercowego“.

Co do tętna, panuje tak wielka rozmaitość, co do częstości tętna, jego, charakteru, napełnienia, napięcia i t. d, że należy zgodzić się z J ü r g e n s e n e n.

który powiada: „Die Verhältnisse sind so verwickelt, dass sichere Deutung weder allgemein, noch im Einzelfalle gelingt”. Niektórzy klinicyści, między innymi Fiłatow[26]), dzielą przypadki mocznicy na takie, w których tętno bywa napięte, pełne, wolne i na przypadki z tętnemmiękkiem słabem, częstem. Zdaje nam się, że taki podział nie ma dostatecznych podstaw, gdyż cechy tętna u jednego i tego samego chorego zmieniają się w zależności od czasu: inny charakter nosi tętno podczas napadu drgawek, inny zaś po drgawkach, inny w przerwach pomiędzy jednym napadem a drugim. Mieliśmy możność obserwowania zmian, zachodzących w charakterze tętna nawet podczas jednego i tego samego napadu. U Czesławy S. 23.I.07 o godzinie 11 przed południem początek napadu mocznicy: ogólne drgawki kloniczne w kończynach, tułowiu, mięśniach twarzy i gałek ocznych, źrenice rozszerzone, utrata przytomności. Tętno 120, pełne, napięte. W kwadrans później 11 g. 15 min. drgawki większe, piana na ustach, sinica twarzy i stóp. Tętno 120, trudno wyczuwalne, słabe, nieco napięte. (Upust 106 ctm. krwi). 11 godz. 30 min. Drgawki jeszcze bardzo wybitne, tętno 120 o wiele pełniejsze, łatwo macalne. (Wysoka lewatywa, po której bardzo obfity stolec wraz z moczem). 11 godz. 45 min. drgawki ustały; chora zasnęła.

Niektórzy autorowie, jak naprz. Wagner, Malinowski[27]), mówią że tętno częstokroć już na kilka dni przed napadem drgawek wykazuje wybitne zwolnienie.

Na zasadzie naszego materjału nie możemy ani zaprzeczyć, ani potwierdzić słuszności tego zdania, gdyż wśród przypadków leczonych przez czas dłuższy na oddziale nie mieliśmy ani jednego przypadku mocznicy. Możemy powiedzieć tylko tyle, że chociaż niejednokrotnie stwierdzaliśmy wybitne zwolnienie tętna w przebiegu zapalenia nerek, jednak mocznica w tych przypadkach nie występowała; u 3 chorych, u których mocznica zjawiła się w 4 dniu pobytu w szpitalu, częstość tętna w dnie poprzedzające wynosiła: u Stasi S. od 86—96, u Roberta J. od 90—120, u Juljana S. od 70—96 uderzeń na minutę.

Powyższe różnorodne objawy ze strony układu krwionośnego świadczące o wybitnej niedomodze serca posłużyły do ugruntowania teorji mocznicy, tak zwanej „anatomicznej”, wygłoszonej po raz pierwszy przez Traubego.

Podług tej teorji wodnistość krwi i przerost lewej komory serca prowadzą wspólnie do obrzęku, ewentualnie do niedokrwistości mózgu. Te zaś zmiany w mózgu mają być przyczyną mocznicy.

Otóż teorja ta z wielu względów nie jest zadawalniającą. Z jednej strony mocznica może powstać tak szybko nawet przy braku obrzęków nerkowych, że trudno przypuścić, aby krew była w tych przypadkach wybitnie rozwodnioną, z drugiej zaś strony rozwodniona krew przenika przez ścianki naczynia nie łatwiej, niż normalna. Cohnheim i Lichtheim wstrzykiwali psom do żyły fizjologiczny roczyn soli w znacznych ilościach do 60—70 procent. wagi ciała i w żadnym przypadku nie otrzymali nawet śladu obrzęku. Fischer[28]) powtórzył te doświadczenia również z ujemnym wynikiem. Dalej przeciwko tej teoryi świadczy fakt, że przy sekcji zmarłych wskutek mocznicy częstokroć nie znajdywano ani obrzęku mózgu, ani przerostu lewej komory serca. Jakubowicz, który przy sekcji zmarłych wskutek mocznicy poszkarlatynowej, stwierdzał obrzęk mózgu, lecz nie znajdywał przerostu serca, skłania się również do uznania w podobnych przypadkach obrzęk mózgu za przyczynę mocznicy. Obrzęk zaś mózgu może powstać, według tego autora, wskutek innych przyczyn, a mianowicie: 1) wskutek zmian chemicznych krwi chorych płoniczych, 2) wskutek zmian w ściankach naczyń włoskowatych, 3) wskutek zmniejszenia szybkości krwioobiegu.

Druga teorja mocznicy, podana przez Frerichsa, a następnie przez innych modyfikowana, tak zwana teorja „chemiczna” mocznicy mówi, że przyczyną mocznicy są chemiczne, ewentualnie osmotyczno-cząsteczkowe zmiany w krwi, powstające wskutek niedomogi nerek. Chore nerki nie są w stanie wydzielić pewnych powstających przy przemianie materyi składników, które, gromadząc się we krwi, zatruwają ośrodki mózgowe i wywołują objawy mocznicy. Jakie właściwie trujące pierwiastki wywołują mocznicę — dotychczas niewiadomo. Wiadomo tylko, że muszą to być ciała organiczne, azotowe, powstające przy rozkładzie białka, a nie sole mineralne, gdyż, jak wykazały badania fizykalno-chemiczne (Bickel[29]), Engelmann[30]), zawartość soli w surowicy jest dość stałą i to nietylko w stanach fizjologicznych, ale nawet przy wycięciu nerek i przy mocznicy.

Przypadki mocznicy z dużą ilością moczu nie przeczą, jakby się zdawało, tej

teorji, gdyż, jak wykazały badania K o r a n y i e g o[31]), przy normalnej ilości moczu obniżenie punktu zamarzania moczu może być małe, a krwi, przeciwnie, zwiększone (—0,60 i więcej) tak, że ilość wydzielanych z moczem stałych składników jest w tych przypadkach mniejszą, niż w normalnych warunkach. Ta teorja „chemiczna" mocznicy z powodu, że teorją „anatomiczną", jak to widzieliśmy wyżej nie dają się objawy mocznicy we wszystkich przypadkach objaśnić, jest obecnie prawie powszechnie przyjętą. Co do *rokowania* w mocznicy podnieść musimy wielkie znaczenie współczesnych objawów ze strony serca. Im objawy niedomogi sercowej, jak wskazują dane w tablicy powyższej, są wybitniejsze, tem rokowanie przy mocznicy jest gorsze, mimo występowania łagodnych objawów mózgowych i przeciwnie: możemy rokować o pomyślnem zejściu mocznicy z wybitnymi objawami mózgowymi przy braku lub małem natężeniu objawów niedomogi sercowej.

Na tych uwagach kończyny omawianie objawów mocznicy i jednocześnie symptomatologię zapalenia nerek w przebiegu płonicy.

Nim przejdziemy do leczenia zapalenia nerek, słów kilka powiemy o *rozpoznaniu*. Wczesne rozpoznanie zapalenia nerek ma wielkie znaczenie przy leczeniu tego powikłania. Dlatego też zsumujemy tu początkowe objawy, świadczące o rozpoczynającej się sprawie w nerkach.

Nieumotywowane podniesienie się ciepłoty w okresie pogorączkowym płonicy, zwolnienie tętna i wystąpienie napełnienia a częstokroć i napięcia tegoż, zmniejszenie się ilości moczu, nieumotywowane podniesienie się wagi ciała—oto grupa początkowych objawów zapalenia nerek, do której możemy jeszcze dodać pewną, wybitną bladość skóry szczególniej na twarzy i skargi chorego na osłabienie, rozbicie, ból głowy, mdłości.

Powyższe objawy powinny skłonić nas do zbadania dokładnego moczu. Jednak, jak to widzimy z różnych podanych wyżej przykładów, może być brak jednego, lub kilku, nawet wszystkich z wyżej wymienionych objawów i dlatego najlepiej uczyni lekarz, jak to ma miejsce na oddziałach lub w klinikach, gdy, począwszy od drugiego tygodnia, będzie badał mocz przynajmniej co drugi dzień na obecność białka, a przy wystąpieniu jakiegokolwiek z wyżej wymienionych objawów, nawet mimo nie stwierdzenia obecności białka w moczu, postara się o zbadanie drobnowidzowe osadu moczowego, gdyż, jak to zauważono wyżej, zapalenie popłonicze nerek z samego początku może przebiegać bez białka.

Rozpoznanie popłoniczego zapalenia nerek jest łatwe, jeżeli mieliśmy możność obserwowania w danym przypadku objawów płonicy w gorączkowym jej okresie. Inna rzecz, jeżeli widzimy chorego po raz pierwszy z rozwiniętem już cierpieniem.

W tych przypadkach przy postawieniu etjologicznego rozpoznania należy wziąść pod uwagę następujące momenty. Istnienie charakterystycznego łuszczenia popłoniczego, lub obecność jednego lub kilku częstych powikłań szkarlatyny, jak Otitis media, Lymphadenitis postscarlatinosa pomagają do postawienia odpowiedniego rozpoznania. Przy braku tych przedmiotowych objawów należy uciec się do danych z wywiadów i zwrócić szczególną uwagę na następujące dwa punkty (prócz, rozumie się, danych, tyczących się wysypki, gorączki, wymiotów i t. d.) 1) czy ktoś z rodzeństwa lub otoczenia chorego nie przechodził przed niedawnym czasem szkarlatyny? 2) czy chory przed kilkunastoma dniami, lub kilkoma tygodniami nie skarżył się na ból gardła? W tych ostatnich jednak przypadkach przy rozpoznaniu należy zachować pewną ostrożność, gdyż nie tylko angina scarlatinosa, lecz również, jak wiadomo, angina difteritica i nawet zwykła angina catarrhalis może powikłać się zapaleniem nerek. Wybitnie krwiotoczny charakter zapalenia nerek zwiększa w tych przypadkach prawdopodobieństwo istnienia płonicy, jako etjologicznego momentu, gdyż, jak zauważyliśmy wyżej, krwiomocz w brzebiegu popłoniczego zapalenia nerek występuje częściej, niż w jakiemkolwiek innem zapaleniu tego narządu.

Część II.

Zwrot w terapji zapalenia nerek (terapja czynnościowa). Djeta uboga w chlorki i białko. Djeta bezchlorowa zapobiegawczą. Zabiegi napotne i leczenie odciągające. Metoda Strassera i Blumenkrantza—kąpiele przedłużone. Inne środki lecznicze. Upust krwi w mocznicy.

Do niedawna leczenie zapalenia nerek polegało na zaleceniu mlecznej djety i zabiegach napotnych.

Dopiero badania ostatnich czasów nad funkcją nerek w stanie choroby zwróciły terapję zapalenia nerek na nowe tory.

Współczesna terapja zapalenia nerek—to terapja czynnościowa, mająca za zadanie poprawienie czynności chorego narządu,

Jakie *zaburzenia w czynności nerek* zachodzą podczas zapalenia tego narządu?

Już pierwszy autor-F l e i s c h e r[32]), który badał przemianę materji u chorych nerkowych, zwrócił uwagę, że pewne składniki zostają wydzielane przez chore nerki łatwo, inne zaś trudno.

Liczne następne badania podjęte w tym kierunku przez różnych autorów, a szczególniej przez N o o r d e n a[33]) i jego uczniów, wykazały, że przy ostrem zapaleniu nerek źle wydzielane są przedewszystkiem składniki, powstające z rozkładu białka, a mianowicie mocznik i siarczany, następnie substancje wyciągowe—kreatinina, barwniki. Badania nad zatrzymaniem mocznika przy zapaleniu nerek zostały w ostatnich czasach potwierdzone przez francuskich autorów A c h a r d'a i P a i s s e a u[34]).

Z badań tych wypływa, że podczas ostrego zapalenia nerek powstaje *zatrzymanie się w ustroju substancji azotowych* (N-retention).

Co do zachowania się w ustroju przy chorobie B r i g t h a substancji mineralnych a szczególniej wody i chlorków, już badania powyższych autorów wykazały, że w początkach ostrego zapalenia nerek, przy tworzeniu się obrzęków występuje *zatrzymanie wody w ustroju*, w dalszym zaś przebiegu ostrego zapalenia nerek, przy polepszeniu się sprawy zapalnej woda wydziela się dobrze.

Co się tyczy chlorków, to dopiero w 1901 A c h a r d pierwszy zwrócił uwagę na *zatrzymanie się chlorków* przy zapaleniu nerek, co wkrótce znalazło naukowe ugruntowanie w pracach W i d a l a i jego uczniów we Francyi i S t r a u s s a w Niemczech. Od tego czasu ogłoszono we wszystkich prawie językach europejskich wiele badań, poświęconych zatrzymaniu się chlorków w ustroju. Nie będziemy tu omawiali wyników wszystkich tych badań, gdyż przekroczyłoby to zakres niniejszej pracy. Odsyłając do poświęconych specyalnie tej kwestyi prac polskich autorów, jak M a r i s c h l e r a[35]), H a l p e r n a[36]), jak również do polskiego tłomaczenia prac Acharda[37], [38]), wreście do prac, tyczących zachowania się chlorków w przebiegu zapalenia nerek u dzieci, jak S t o e l t z n e r a[39]), C o m b y'e g o[40]), W e i g e r t a[41]), G r ü n e r a[42]), gdzie czytelnik znajdzie obszerną literaturę przedmiotu, streścimy w kilku zdaniach obecny stan tej kwestji.

Otóż na zasadzie tych wszystkich badań można powiedzieć, że aczkolwiek nie we wszystkich postaciach zapalenia nerek daje się stwierdzić zatrzymanie się chlorków w ustroju, jednak jest ono objawem stałym przy tych postaciach zapalenia nerek, które szybko prowadzą do występowania obrzęków, a więc przedewszystkiem przy ostrych miąższowych zapaleniach nerek ze szczególnym zajęciem kakalików krętych i kłębków, do których w pierwszym rzędzie należy, jak wiadomo, popłonicze zapalenie nerek. Przy niedostatecznym zaś wydzielaniu chlorków dla rozcieńczenia zatrzymanych chlorków w celu zachowania równowagi cząsteczkowej występuje zatrzymanie się wody w ustroju, które cechuje się podniesieniem się wagi ciała, wodnistością krwi, puchliną. Zatrzymanie się wody w ustroju przy niedostatecznem wydzielaniu się chlorków może powstać nawet przy niezmienionem wydzielaniu się wody przez nerki dzięki zmniejszeniu się wydzielania wody przez skórę i płuca.

Więc *zatrzymanie się chlorków jest*, jeżeli nie jedyną, to przynajmniej główną *przyczyną powstawania obrzęków w przebiegu ostrego zapalenia nerek.*

Oto najważniejsze fakty z dziedziny fizjopatologji nerek.

Terapja czynnościowa ostrego zapalenia nerek *powinna więc mieć za zadanie*:

1) *Wprowadzać do organizmu w celu oszczędzania chorego narządu o ile można najmniej takich składników, które są źle przez nerki podczas ostrego zapalenia wydzielane.*

2) *Przyspieszyć wydzielanie tych składników z ustroju.*

Co do pierwszego punktu, to *djeta chorych* na ostre zapalenie nerek powinna być *ubogą w białko i chlorki resp. sól kuchenną* (Eiweiss- und kochsalzarme Diät).

Od czasu, kiedy C h r e s t i e n z Montpelier w 1831 roku zwrócił uwagę świata lekarskiego na możliwość *djety mlecznej* przy leczeniu białkomoczu, mleko aż do ostatnich czasów było uważane za idealny pokarm dla chorych nerkowych.

Mleko jest pokarmem ubogim w chlorki, gdyż 1 litr mleka zawiera mniej więcej 1,5 grm. chlorków. Z tego ubóstwa w chlorki można do pewnego stopnia objaśnić dodatni wpływ mlecznej djety na obrzęki u chorych nerkowych.

Co się tyczy białka, to mleko należy do pokarmów obfitujących w białko, gdyż już $1\frac{1}{2}$ litra dobrego mleka zawiera 60 grm. białka, to jest ilość niezbędną do utrzymania równowagi w przemianie azotowej u dorosłego, leżącego w łóżku, człowieka.

Gdyby można było przy leczeniu chorych ograniczyć się $1^1/_2$ litrem mleka, odpowiadało by takie pożywienie wymienionym wyżej warunkom djety dla chorych nerkowych, gdyż taka ilość mleka zawiera niezbędną ilość białka i niezbędną fizjologicznie ilość chlorków, która podług A c h a r d a powinna wynosić około 2 grm. Taka jednakże ilość mleka jest, jak wiadomo, niedostateczną dla zachowania równowagi w przemianie materji z powodu ubóstwa mleka w inne niezbędne przy odżywianiu substancje, a mianowicie w tłuszcz i węglowodany. Djeta więc taka równała by się djecie „głodowej“ i przy takiem pożywieniu oszczędzalibyśmy wprawdzie nerki chorego, lecz jednocześnie wyrządzalibyśmy szkodę całemu organizmowi. Zwiększając zaś porcję mleka do należytych ilości, przy których mogła by być zachowaną równowaga w przemianie materji, podawalibyśmy chorym za dużo wody, białka i chlorków ponad fizjologiczną normę i przysporzylibyśmy pracy chorym nerkom, co przy niedomodze nerek może wywołać zatrzymanie się w ustroju wyżej omówionych składników.

Wyjście jest jedno: mleko jest najidealniejszym pokarmem, gdyż zawiera wszystkie niezbędne substacje odżywcze i przytem w najłatwiej przyswajającej się postaci i dla tego wykluczyć je z pożywienia chorych nerkowych nie należy, lecz tylko *ograniczyć jego ilość* i w celu zachowania równowagi w przemianie materji należy dodać odpowiednią ilość takich pokarmów, które nie obarczałyby pracą chorych nerek i przy których rozkładzie nie powstawałyby składniki, źle wydzielane przez nerki podczas ostrego zapalenia.

Tym warunkom odpowiada *mleczno-roślinna djeta bez soli kuchennej.* Podawaliśmy naszym chorym mleko czyste z bułką, lub najczęściej w postaci zup mlecznych w ogólnej ilości, nie przewyższającej 1 litra na dobę (młodsze dzieci otrzymywały mniej); drobne kaszki: krakowską, jęczmienną, owsianą, jaglaną, ryż, różne jarzyny, marchew w purée, purée z kartofli, zupy kartoflane postne, kluski, zacierki na wodzie, zupy owocowe, pieczywo suche lub smarowane masłem. Jednym słowem stosowaliśmy u naszych chorych „djetę półporcję“, lub „djetę zwykłą“ z wykluczeniem mięsa, zup mięsnych i rosołu. Przytem wszystkie potrawy i pokarmy były przyrządzane bez soli i nawet pieczywo było przygotowywane specjalnie dla chorych płoniczych bez domieszki soli kuchennej (patrz normy żywienia chorych dzieci w szpitalu „Anny-Maryi“ w Łodzi w pracy Brudzińskiego[43]).

Nie dawaliśmy naszym chorym *mięsa* z następujących powodów. Przy ocenianiu mięsa w djecie chorych nerkowych, jak słusznie mówi K l e m p e r e r[44]), nie należy brać pod uwagę tylko zawartości białka w mięsie. Mięso prócz zwykłych rodzajów białka, zawiera jeszcze nucleoproteidy, kreatinę, substancje wyciągowe, barwniki i niestety niezbyt rzadko ptomainy — wszystko składniki, drażniące nerki. Z najnowszych zaś badań W e i g e r t a nad wpływem różnych djet na ilość wydzielonego białka w przebiegu zapalenia nerek wypływa, że wydzielanie się białka zachowuje się najpomyślniej przy djecie roślinnej, najgorzej zaś przy djecie czysto mięsnej, nawet w tych przypadkach, gdy ilość soli kuchennej była ograniczoną do minimum. Dla tego też przy leczeniu ostrego zapalenia nerek mięso, jak również zupy mięsne i rosół powinny być wykluczone z djety chorych.

Do niedawna prócz *mięsa były* na indeksie przy leczeniu chorych nerkowych również i *jaja.*

Dziwnym wydaje się fakt, że gdy zalecano i uważano za zupełnie nieszkodliwe podawanie chorym nerkowym dużych ilości mleka, jajka uważano za nadzwyczaj szkodliwe dla tych chorych, gdy tymczasem one nie zawierają żadnych drażniących nerki składników, a pod względem zawartości soli skład jajek jest zupełnie zbliżony do mleka. Od czasu, gdy S e n a t o r zwrócił uwagę, że spożywanie dużych ilości jaj może wywołać u zdrowego człowieka białkomocz, przyjęto, że białko jaja w stanie niezmienionym zostaje wchłaniane do krwi i następnie jako białko „obce“ wydzielone przez nerki i stąd wyprowadzono wniosek o szkodliwości wogóle jaj dla chorych nerkowych.

Pogląd ten został obalony dzięki badaniom L e u b e g o, K a l i s k i e g o i W e i g e r t a, A s c o l e g o. L e u b e[45]) wykazał, że ludzie z wybitnym „białkomoczem fizjologicznym“, więc z „przepuszczającym filtrem nerkowym“ nie wydzielają białka w moczu po spożyciu 3—4 surowych jaj, jeżeli przyjmuję takowe w pozycji leżącej (przy spożywaniu w pozycji stojącej białko zjawia się w moczu). W e i g e r t, posługując się odczynem precypitacyjnym, nie stwierdził obecności białka jaja w moczu chorego, któremu podawał duże ilości surowego białka kurzego.

A s c o l i[46]), posługując się również odczynem precypitacyjnym, nie stwierdził u ludzi zdrowych po spożyciu 4 surowych jaj obecności białka jaja we krwi, lecz nie znalazł w moczu, u chorych zaś nerkowych po spożyciu tejże ilości surowych jaj białko

kurze występuje w krwi i w moczu. Co do ilości białka w przebiegu zapalenia nerek, to, jak wykazały badania Weigerta, to to są one przy wyłącznem karmieniu jajami surowemi większe, niż przy djecie roślinnej, lecz mniejsze, niż przy djecie ściśle mlecznej. Na zasadzie tych wszystkich badań zupełne *wykluczenie jaj* z djety chorych nerkowych *nie jest usprawiedliwionem*, można zgodzić się tylko na ograniczenie liczby jaj i szczególniej surowych.

Z tych to powodów podawaliśmy 1—2 jaj, gotowanych na miękko, niektórym z bardziej wycieńczonych naszych chorych w dalszym przebiegu zapalenia nerek, gdy już obrzęki zniknęły, a ilość i ciężar gatunkowy moczu były normalne, składniki zaś patologiczne wydzielały się w nieznacznej ilości, i w żadnym przypadku *nie stwierdziliśmy szkodliwego wpływu*.

Słów kilka powiemy o roli *wody w pożywieniu chorych nerkowych*. Senator polecił dawać chorym na ostre zapalenie nerek jak największe ilości wody w celu wzmożenia pędzenia moczu, „przepłukania" organizmu, rozcieńczenia zatrzymanych w krwi produktów przemiany materji. Pogląd ten zwalczali Noorden, Klemperer, Moliri Dappe, Kövesi i Roth-Schultz, Richter i inni, którzy na zasadzie swych doświadczalnych badań wykazali, że podawanie chorym wielkiej ilości płynów ma duże znaczenie przy występowaniu zatrzymywania się wody w ustroju. *Ilość* więc *płynów* podczas ostrego zapalenia nerek *powinna podlegać* pewnej *regulacji* i w *początkach zapalenia* gdy występuje zatrzymanie się wody w ustroju, a ilość dobowa moczu zmniejsza się wybitnie *należy ograniczyć* do pewnego stopnia *ilość płynów w djecie chorych*. $1^1/_2$—$1^3/_4$ litra wody jest to, podług obliczeń Noordena, niezbędna ilość dla człowieka dorosłego podczas ostrego zapalenia nerek. W djecie naszych chorych jest to uwzględnione. Podawaliśmy naszym chorym około 500 grm. czystego mleka (prócz zup mlecznych). Otóż w początkowym okresie zapalenia nerek te 500 grm. chorzy otrzymywali w kilku porcjach, któremi gasili pragnienie, przytem przestrzegaliśmy, aby czystej wody pili jak najmniej. Djeta bezchlorowa, nie podniecając pragnienia, ułatwia ograniczenie płynów. W dalszym zaś przebiegu choroby, gdy czynność wydzielnicza nerek polepsza się o tyle, że chorzy wydzielają normalne ilości moczu, ograniczenie wody nie ma dostatecznych podstaw, gdyż niema, jak mówi Noorden, potężniejszego, niż woda środka moczopędnego.

Podobnież rzecz się ma również z chlorkami. *Chlorki* powinny być co do swej ilości *ograniczone*, lecz *nie* wykluczone z djety chorych nerkowych. Kövesi i Roth-Schulz, a po części i Grüner wypowiadają zdanie, że nadmierne zmniejszenie ilości chlorków w pożywieniu chorych może prowadzić do zatrzymania się wody w ustroju i to z następujących powodów. Chore nerki posiadają własność wydzielania moczu o możliwie stałym cząsteczkowym natężeniu. Jeżeli naprz. nerki przy djecie obfitującej w chlorki wydzielały 2 grm. Cl. w 300 ctm. moczu, to i przy zmniejszonej ilości chlorków w pożywieniu będą w stanie wydzielić również 2 grm. Cl. w 300 ctm. a nie w 1000 ctm. moczu. Więc przy wybitnem zmniejszeniu ilości chlorków niżej fizjologicznej normy, gdy już organizm wydzielił cały zapas soli, powstały wskutek zatrzymania się chlorków w ustroju podczas zapalenia nerek, w dalszym przebiegu może wprawdzie wydzielać się mało chlorków, lecz również mało wody i tym sposobem nadmierne zmniejszenie ilości soli kuchennej może, zdaniem powyższych autorów, prowadzić do zatrzymania wody w ustroju.

Z drugiej strony z doświadczeń Langlois'a i Richet'a[47]) wiadomo, że pożywienie, pozbawione soli, zmniejsza ilość chlorków w ustroju, gdy tymczasem sam post, przy którym najbardziej zmniejsza się ilość wprowadzanego chloru, nie wpływa na zmniejszenie jego zawartości w tkankach. Otóż doświadczenie wykazało, że djeta bezchlorowa jest najbardziej skuteczną przeciwko obrzękom u chorych, którzy są w stanie przyjmować i przetrawiać dostateczną ilość pokarmów i napojów, to też *„djeta uboga w sól kuchenną musi być jednocześnie obfitą"*. (Comby).

O ile djeta, stosowana przy leczeniu naszych chorych, odpowiada powyższym różnorodnym warunkom, stwierdzają następujące dane.

Dzieci, z nielicznymi tylko wyjątkami, przyjmowały pokarmy, ubogie w sól kuchenną, z apetytem i przy takiej djecie nie tylko została zachowana równowaga w przemianie materji, lecz prawie wszystkim dzieciom *podczas* zapalenia nerek przybyło na wadze.

Dzieci na oddziale płoniczym są systematycznie ważone. U dzieci, przyjętych w okresie gorączkowym płonicy, możemy porównywać wagę przy wypisaniu ze szpitala z wagą przy przybyciu na oddział i z najniższą wagą, obserwowaną po przebyciu gorączkowego okresu. U dzieci, przyjętych z rozwiniętym już zapaleniem nerek, możemy porównywać wagę przy wypisaniu z naj-

niższą, obserwowaną po zniknięciu obrzęków.

Dane, tyczące wagi chorych zgrupujemy w następujących dwóch tablicach.

Chorzy, przyjęci w gorączkowym okresie płonicy:

Ilość przyp.	Ile grm. przybyło w porówn. z wagą pierwotną	Ilość przyp.	Ile grm. przybyło w porówn. z wagą najniższą.
5	mniej, niż 200.	1	mniej, niż 200.
5	200 — 500.	1	200 — 500.
12	500—1000.	8	500—1000.
8	1000—1500.	15	1000—1500.
4	1500—2000.	10	1500—2000.
1	2 230.	4	2000—2500.
1	4 150.	4	2500—3000.
		2	3 150
		1	4 150
		1	5 350

Chorzy, przyjęci z rozwiniętym już zapaleniem nerek:

Ilość przyp.	Ile gram. przybyło w porówn. z wagą najniższą.
4	mniej, niż 200.
4	200 — 500.
14	500—1000.
12	1000—1500.
9	1500—2000.
4	2000—2500.
4	2500—3000.
3	3000—3500.
1	3 640.

Z 43 systematycznie ważonych dzieci (2 nie było ważonych, u 4-ga nie zanotowano pierwotnej wagi) *przybyło w porównaniu z wagą przy przybyciu w 36 przypadkach, co stanowi 83,72%*. W 7 przypadkach chorym ubyło na wadze, przytem w dwóch mniej niż 200 grm.

Z 47 dzieci (dwoje nie było ważonych) *przybyło na wadze w porównaniu z najniższą wagą po okresie gorączkowym wszystkim bez wyjątku dzieciom.*

Z 55 systematycznie ważonych *dzieci, przyjętych z zapaleniem nerek* (z pozostałych 25 dzieci—5 nie było systematycznie ważonych, 14 zmarło, 6 wypisano po krótkim pobycie w szpitalu) *przybyło na wadze również wszystkim bez wyjątku dzieciom.*

Zważywszy, że wśród naszych chorych były również osobniki gruźlicze, zołzowe, anemiczne, liczby powyższe świadczą dobitnie o *dostateczności* stosowanej przez nas djety, a „bene curat, qui bene nutrit“.

Aczkolwiek przy płonicy w okresie gorączkowym jak również i w okresie pogorączkowym bez zapalenia nerek nie stwierdzono zatrzymania się chlorków w ustroju, niektórzy francuscy autorowie, jak Dufour, a szczególniej Dopter i Poter[48]) zalecili *stosowanie djety bezchlorowej podczas płonicy przed wystąpieniem jakichkolwiek objawów zapalenia nerek*, mając na celu zmniejszenie odsetki występowania tego powikłania w przebiegu płonicy i na dość obfitym materjale stwierdzają wyższość djety bezchlorowej nad djetą ściśle mleczną.

Jednak prace francuskich autorów, dotyczące płonicy, musimy przyjmować z pewnym zastrzeżeniem z tego powodu, że płonica we Francyi nie jest tak groźną, jak w Anglji, w Niemczech i u nas, nie grasuje nigdy epidemicznie, wyjątkowo zdarzają się postaci złośliwe i zazwyczaj kończą się pomyślnie, śmiertelność jest wogóle nieznaczna.

W całym Paryżu, jak podaje Comby[49]), płonica pochłania około 200 osób na rok.

Śmiertelność wśród przypadków Rogera wynosiła od 2,53% do 2,84%, wśród przypadków S. Martina—2,17%, a z 375 chorych Dufoura zmarło tylko 6 chorych, co stanowi zaledwie 1,60%, gdy tymczasem w szpitalu Anny-Maryi na 340 przyjętych w roku zeszłym dzieci zmarło 73 t. j. 21,4% (Brudziński[50]).

Przyjmując, że jedyną przyczyną zapalenia nerek w przebiegu płonicy jest działanie toksyn zarazków szkarlatynowych, musimy powiedzieć, że tylko swoista seroterapja, przytem zastosowana w odpowiednim czasie i dawce, będzie mogła uchronić chorych płoniczych od następczego zapalenia nerek. Niestety nie możemy tego powiedzieć o surowicy Palmirskiego. Z wyników leczenia chorych szkarlatynowych zdawał już Dr. Brudziński[51]) relację na zasadzie dotychczasowych badań na X Zjeździe polskich lekarzy i przyrodników we Lwowie. My tutaj tylko zauważymy, że leczenie surowicą Palmirskiego nie wywierało żadnego wpływu na częstość występowania zapalenia nerek i wśród tych 49 chorych, było 11 takich, którym zastrzyknięto omawianą surowicę, przytem w dużych dawkach

(50 ctm.) i wcześnie, gdyż w 2 przypadkach 1 dnia choroby, w 6 przyp. — 2 dnia, a w 3 przyp.—3 dnia choroby.

Dążenie do zabezpieczenia chorych od następczego zapalenia nerek za pomocą wszelkich innych środków, czy to fizykalnych, czy djetycznych, czy też farmakologicznych, zawsze, zdaniem naszem, może okazać się zawodnem, jak to miało niedawno miejsce z poleconą przez Widowitza urotropiną.

W ciągu ostatnich 9 miesięcy stosowaliśmy również u naszych chorych *djetę pozbawioną soli kuchennej zaraz po spadku ciepłoty*, przytem mieliśmy na celu nie zmniejszenie odsetki zapalenia nerek w przebiegu płonicy, lecz *złagodzenie objawów* tegoż, szczególniej *obrzęków*, już w samym początku cierpienia. Zapalenie nerek w przebiegu płonicy tworzy się skrycie i z jednej strony pewne zmiany zapalne w nerkach mogą już istnieć przed wystąpieniem białkomoczu, a szczególniej wałeczkomoczu, co dopiero uprawnia nas do pewnego rozpoznania zapalenia nerek, z drugiej zaś nawet przy częstem badaniu moczu możemy stwierdzić obecność składników patologicznych już po jedno lub dwudniowem istnieniu zapalenia nerek. Obarczanie więc w tych warunkach organizmu chlorkami, których szkodliwe działanie na nabłonek nerkowy, szczególniej zmieniony doświadczalnie stwierdzili Castaigne i Rathery[52]), nie jest obojętne.

Od 1.V.06 do 1.VIII 06, gdy chorzy nie byli w okresie pogorączkowym na dyecie, ubogiej w sól kuchenną, przyjęto na oddział w okresie gorączkowym płonicy 54 chorych, z których zapalenie nerek wystąpiło w 10 przypadkach t. j. 18,52%.

Od 1.VIII 06 do 1.V.07, gdy chorzy podczas okresu gorączkowego byli na ścisłej mlecznej djecie, a po spadku ciepłoty otrzymywali pokarmy, pozbawione soli kuchennej, na 206 chorych wystąpiło zapalenie nerek w 39 przypadkach t. j. w 18,93%, więc, jak widzimy, *djeta bezchlorowa nie wpłynęła na odsetkę* występowania omawianego powikłania w przebiegu płonicy.

Co do obrzęków, to wśród 10 chorych pierwszej grupy obrzęki wystąpiły w 5 przypadkach, a wśród 39 chorych drugiej grupy obrzęki wystąpiły w 11 przypadkach, przytem zachodzi wybitna różnica w natężeniu obrzęków. Gdy wśród 5 przypadków pierwszej grupy w 2 przypadkach był wybitny obrzęk całego ciała i ascites, a w 1 przypadku wybitny obrzęk twarzy i stóp, to wśród 11 przypadków drugiej grupy w 5 przypadkach stwierdziliśmy nieznaczny tylko obrzęk powiek, w 4 przypadkach obrzęk twarzy, a tylko w 1 przyp. obrzęk twarzy i stóp i w 1 przypadku u wycieńczonego chłopca—ascites

Materjał nasz pod tym względem nie jest liczny i dla tego kategorycznych wniosków stawiać nie możemy. Możemy tylko powiedzieć, że w porównaniu z pierwszą grupą należało się spodziewać, że w drugiej grupie, przy jednakowych pozostałych warunkach, obrzęki wystąpią nie w 11 przypadkach, a wokoło 20.

Tem podawaniem pokarmów, ubogich w sól kuchenną, przed stwierdzeniem zapalenia nerek daje się, zdaniem naszym, objaśnić nie tylko zmniejszenie częstości występowania obrzęków, nie tylko zmniejszenie natężenia takowych, lecz również fakt, że nie mogliśmy potwierdzić w całej rozciągłości badań Pirqueta, tyczących wybitnego podniesienia się wagi ciała w początkowym okresie zapalenia nerek. (patrz wyżej).

Częstokroć, jak to liczne badania wykazały, w celu wyługowania z ustroju nagromadzonych składników, dostateczną jest rzeczą ograniczenie tych składników w pożywieniu chorych.

W większości jednak przypadków jest to niedostateczne i należy przyspieszyć *wydzielanie* zatrzymanych substancji. Uskutecznić to można za pomocą dwóch środków: 1) *przez wzmożenie wydzielniczej czynności nereu*, 2) *przez wywołanie dodatkowego wydzielania tych substancji poza nerkami przez inne drogi.*

Dotąd przy leczeniu ostrego zapalenia nerek posługiwaliśmy się tylko *drugim* środkim: dążyliśmy do wywołania zastępczego wydzielania przez wzmożenie czynności wydzielniczej innych narządów, a szczególniej skóry i kiszek, stąd *leczenie napotne* (ciepłe kąpiele, zawijania w koce, kąpiele ciepłe powietrzne, kąpiele elektryczne) i *odciągające za pomocą środków czyszczących.*

Przy wzmożonem poceniu wydzielają się z ustroju znaczne ilości wody, co zaś się tyczy składników stałych, pierwiastków trujących, to wraz z potem wydzielają się tylko nieznaczne ich ślady.

Więc *leczenie napotne*—jest to leczenie *objawowe obrzęków.* Obecnie posiadamy dla odwodnienia organizmu o wiele łagodniejsze środki, niż zabiegi napotne, przedewszystkiem djetę bezchlorową, dzięki której, jak wiadomo, mogą znikać nawet dość wybitne obrzęki, więc stosowanie zabiegów napotnych powinno być ograniczone do *bardzo* wybitnych obrzęków, które, wywołując bolesne napięcie skóry i uciskając naczynia, utrudniają krążenie.

Zalecanie zaś zabiegów napotnych, jak to miało miejsce prawie powszechnie do ostatnich czasów, przy niewielkich obrzękach, lub przy zupełnym braku tychże podczas całego przebiegu ostrego zapalenia nerek aż do zniknięcia białkomoczu nie ma podstaw, gdyż nie wywierają one jakiegoś swoistego wpływu na samą sprawę zapalną w nerkach, na białkomocz.

Stosując zabiegi napotne tylko w takich przypadkach możemy niejednokrotnie otrzymać jako skutek poboczny, lub jako działanie następowe *wzmożenie pędzenia moczu*, mimo istniejącego wzajemnego stosunku pomiędzy wydzielniczą czynnością skóry i nerek, cechującego się tem, że przy wzmożonej czynności skóry występuje zmniejszenie się pędzenia moczu. Takie działanie następowe zabiegów napotnych, objaśnia się, zdaniem Senatora[53]), tem, że tkanki, a szczególniej naczynia krwionośne i chłonne zostają uwolnione od nadmiennego ucisku, dzięki czemu krwiobieg polepsza się. Spostrzegaliśmy kilka podobnych przypadków, w których po zmniejszeniu się obrzęków dzięki stosowaniu ciepłych kąpieli i zawijań w koce w dalszym przebiegu występowało wybitne wzmożenie pędzenia moczu (diurezy).

Wielu klinicystów, między innymi mistrz w zakresie patologji nerek Senator, ostrzegają przed *zbyt energicznymi zabiegami napotnymi*, do których zaliczyć należy zawijania w koce na $1^1/_2$ do 2 godzin, gdyż niejednokrotnie stwierdzono, że przy zbyt szybkiem odwodnieniu wskutek obfitych potów może powstać napad mocznicy, dzięki temu, jak niektórzy twierdzą, że trujące pierwiastki wchłaniają się z obrzęków i dostają się do krwi.

Wreszcie nie należy zapominać, że zabiegi napotne nie są obojętne dla całego organizmu, a szczególniej dla serca. Wskutek zbyt długiego stosowania zabiegów napotnych może wystąpić ogólne osłabienie, w szczególności zaś osłabienie działalności serca. Przytoczę jeden przykład.

Czteroletni Herszek B., przyjęty na oddział 24.VII.06 z nadzwyczaj wybitnymi obrzękami na całym ciele, z Hydrothorax, Ascites, Hydrocele, ważył przy przybyciu 23,830 grm. Chory codziennie otrzymywał ciepłą kąpiel z następczem zawijaniem w koce, aż do wystąpienia obfitych potów. W ciągu pierwszych 5 dni chłopiec oddawał bardzo mało moczu, a następnie, gdy choremu ubyło na wadze 4 kilogr. i obrzęki zmniejszyły się, ilość dobowa moczu zaczęła się zwiększać i doszła 8 dnia pobytu chorego w szpitalu do 900 ctm. w ciągu następnych dni zwiększyła się do 1600, 1700 ctm. Po 13 dniowym pobycie chłopcu ubyło na wadze 10230 grm. i w dniu 6.VII.06 chory ważył 13600 grm., obrzęki, jak również Hydrothorax, Ascites, Hydrocele zniknęły, ogólny zaś stan nie poprawił się i gdy pod datą 30.VI zanotowano: tętno 80, miarowe, średniego napełnienia, chory sam podnosi się i może siedzieć o własnych siłach, to 7.VII chłopiec nie wstanie ani podnieść się, ani siedzić, tętno 100 niemiarowe, bardzo słabe i tony serca nadzwyczaj głuche.

Drugim narządem, który do pewnego stopnia może zastąpić nerki, są kiszki.

Przy wzmożonej wydzielniczej czynności kiszek możemy wprawdzie wraz z licznymi, wolnymi stolcami wydzielić pewną ilość wody, lecz o wyługowaniu z ustroju zatrzymanych pierwiastków niema mowy, gdyż wraz ze stolcami nie wydzielają się one zupełnie, lub tylko w minimalnych ilościach.

Stosowanie więc *środków przeczyszczających* powinno być jeszcze bardziej *ograniczone*, niż stosowanie zabiegów napotnych. Podawaliśmy naszym chorym środek czyszczący (Infus. Sennae compositum) w celu wywołania 2—3 wolnych wypróżnień tylko w początkowym okresie zapalenia nerek, gdy ilość moczu bywa wybitnie zmniejszoną; w dalszym przebiegu dbaliśmy tylko o regularny codzienny stolec i w razie zaparcia wywoływaliśmy go zazwyczaj za pomocą lawatyw. Zresztą wśród naszych chorych zaparcie stolca występowało bardzo rzadko dzięki temu, że karmiliśmy dzieci nie wyłącznie mlekiem, które, jak wiadomo, często wywołuje zaparcie stolca, co stwierdzono w naszym szpitalu i u wyłącznie żywionych mlekiem chorych tyfusowych.

Rozpoczynaliśmy również leczenie chorych przyjętych z rozwiniętym już zapaleniem nerek podawaniem środków czyszczących lub wywoływaniem wypróżnień za pomocą lawatyw. W tych przypadkach leczenie odciągające ma jeszcze inne wskazania. Dzieci przed przybyciem do szpitala były w nielicznych przypadkach na ścisłej mlecznej djecie w większości zaś przypadków nie zachowywały żadnej djety. Przy zaparciu stolca z powodu gnicia w kanale pokarmowym białkowych substancji powstaje z jednej strony wielka ilość gazów, co cechuje się wybitną częstokroć stwierdzaną u tych chorych bębnicą, z drugiej zaś powstaje wiele stałych trujących pierwiastków, które, wchłonione do krwi a nie wydzielone z powodu niedomogi wydzielniczej nerek na zewnątrz, mogą być przyczyną samozatrucia.

Jak wielkie kałowe masy mogą w tych warunkach podlegać zatrzymaniu, może świad-

czyć następujący przypadek zapalenia nerek z objawami mocznicy u 9-letniej Olgi M., która w ciągu trzech ostatnich dni pobytu w domu nie miała wypróżnień.

Chora ta, która w ciągu pierwszych 40 godzin pobytu w szpitalu z powodu nieprzytomności i nadzwyczajnego niepokoju nie spożywała prawie żadnych pokarmów i nie przyjmowała środków czyszczących (wywoływaliśmy stolec za pomocą lawatyw) miała w ciągu tego okresu czasu 8 nadzwyczaj obfitych i bardzo cuchnących wypróżnień.

I w tych przypadkach leczenie odciągające stosowaliśmy tylko w ciągu kilku dni w dalszym zaś przebiegu przy wzmożeniu się pędzenia moczu dążyliśmy do zmniejszenia wytwarzania się produktów gnicia za pomocą odpowiedniej, a mianowicie ubogiej w białko djety i dbaliśmy o regularny stolec. Podawanie zaś środków czyszczących przez czas dłuższy uważamy co najmniej za zbyteczne, nie mówiąc już nic o ewentualnej szkodliwości takiego leczenia (niejednokrotnie stwierdzono powstawanie chronicznego zapalenia kiszek z powodu przyjmowania przez czas dłuższy środków przeczyszczających).

Skóra i kiszki—oto drogi, przez które możemy wydzielić znaczne ilości wody. Nie możemy jednak przez wzmożenie czynności wydzielniczej tych narządów zastąpić funkcji nerek szczególniej w wydzielaniu składników stałych. Więc zadaniem terapji czynnościowej zapalenia nerek powinno być jaknajszybsze *poprawienie funkcji nerek* o tyle, aby one mogły wydzielać w należytej ilości omawiane pierwiastki.

Dotąd jednak nie mieliśmy środków, za pomocą których moglibyśmy wzmódz czynność nerek podczas ostrego zapalenia tego narządu, nie wyrządzając mu jednocześnie szkody.

Posiadamy wprawdzie potężne farmakologiczne środki moczopędne, zalecanie ich jednak podczas ostrego zapalenia nerek nie jest wskazane, gdyż należą one do środków drażniących, które Noorden nazywa „Peitschenhiebe", i jak doświadczenie kliniczne wykazało, używanie tych środków podczas ostrego zapalenia może spowodować pogorszenie sprawy zapalnej w nerkach.

Dopiero badania Strassera i Blumenkranza nad wpływem kąpieli przedłużonych, godzinnych lub półtoragodzinnych o ciepłocie obojętnej 34° C. 35° C.=28° R. na funkcję nerek wskazały środek, dzięki któremu możemy pobudzić czynność wydzielniczą nerek, nie wyrządzając szkody choremu narządowi.

Do tych badań skłoniły autorów wykonane na zwierzętach badania Wertheimera, Delezenna, Lamberta, Strassera i Wolfa[54]) nad wpływem podniet termicznych na krwiobieg w nerkach. Z badań tych wypływało, że przy wybitnem ochłodzeniu skóry występowało zmniejszenie się nerki, skurcz naczyń nerkowych i jednoczesne zmniejszenie się ilości moczu. Przy trzymaniu zaś zwierząt w ośrodkach o ciepłocie zbliżonej do ciepłoty ciała krwiobieg w nerkach zachowuje się zupełnie inaczej: nerki zwiększają się, krew płynie szybciej przyczem ciśnienie krwi nie podlega wybitnym zmianom, z moczowodów wypływa wzmożona ilość moczu. Opierając się na faktach powyższych, zdobytych przy doświadczeniu na zwierzętach, Str. i Blum. rozpoczęli swe badania nad wpływem kąpieli przedłużonych o ciepłocie obojętnej na czynność wydzielniczą nerek u ludzi, przytem badania swe autorzy przeprowadzili nie na ludziach zdrowych, lecz chorych na różne postacie zapalenia nerek.

Nie będziemy tu przytaczali szczegółowo badań autorów, jak również nie będziemy streszczali teoretycznych poglądów badaczy i omówień poszczególnych wyników. Odsyłając czytelników do prac oryginalnych[55], [56]) streścimy tylko ogólne wyniki.

Godzinne lub półtoragodzinne kąpiele o ciepłocie obojętnej wywierają wybitny wpływ na czynność wydzielniczą nerek. *Pod wpływem takich kąpieli występuje wybitne wzmożenie pędzenia moczu, przyczem wydziela się w wzmożonej ilości nie tylko woda lecz również chlorki i azot.* Dla ilustracji, pozwolę sobie przytoczyć kilka przykładów zaczerpniętych z ostatniej łaskawie nadesłanej nam przez autorów pracy[56]).

St. i Bl. badali mocz, wydzielany przez chorych w ciągu $1^1/_2$ godziny przed kąpielą (I), następnie wydzielony podczas półtoragodzinnej kąpieli (II), wreszcie wydzielony w ciągu $1^1/_2$ godziny po kąpieli (III), przytem w każdym okresie zbierali mocz co pół godziny, badali każdą porcję oddzielnie i poszczególne wyniki następnie sumowali. Przy każdym badaniu autorzy określali ilość moczu, ciężar gatunkowy, ogólną ilość azotu, ilość azotu białkowego, białko w gramach, sól kuchenną.

U jednego ze swoich pacjentów 16 chłopca z chronicznym miąższowym zapaleniem nerek St. i Bl. badali mocz codziennie w półgodzinnych porcjach od 7 do 11 rano w ciągu 6 dni, chory w ciągu pierwszych 3 dni nie otrzymywał kąpieli, w ciągu zaś następnych 3 dni w czasie odpowiadającym II okresowi chłopiec otrzymywał półtoragodzinną kąpiel.

W oryginale przytoczone są wyniki badań poszczególnych porcji. W celu zaś lepszego uwydatnienia różnic, zachodzących w wydzielaniu poszczególnych składników moczu podczas okresu I w porównaniu z okresami II i III autorzy zgrupowali otrzymane dane w postaci tablic w których ilości poszczególnych składników przedstawili procentowo, przyczem każdorazową ilość okresu I ewentualnie poprzedzającego kąpiel przyjmowali za 100%.

Okres	Ilość moczu I	II	III	Azot I	II	III	Sól kuchenna I	II	III
Okres poprzedzający	100	63	73	100	66	75	100	57	73
	100	100	96	100	106	84	100	100	90
	100	120	130	100	116	136	100	107	112
Okres kąpieli	100	226	81	100	142	95	100	205	87
	100	325	175	100	171	123	100	324	165
	100	145	61	100	170	67	100	254	161

Strasser i Blumenkranz badali również wpływ kąpieli przedłużonych na czynność wydzielniczą nerek u chorego z ostrem, popłoniczem, krwiotocznem zapaleniem nerek i określali w tym przypadku ilość poszczególnych składników w dobowej ilości moczu.

Chory otrzymywał godzinne kąpiele o ciepłocie 34° C. Pod wpływem kąpieli czynność nerek wzmogła się szybko, jednak należało kąpiele stosować przez czas dłuższy, gdyż jeszcze w trzecim i czwartym tygodniu leczenia w dnie, w które chory nie dostawał kąpieli, występowało wybitne zmniejszenie się ilości wody, soli kuchennej i azotu.

Przytoczę końcową część tablicy.

Styczeń	Ilość moczu	Ciężar gat.	Ogól. ilość N.	N-B.	Białko w gramach	Cl Na	Uwagi
18	1040	1010	6.85	0.2766	1.729	6.05	Kąpiel
19	900	1011	6.85	0.2148	—	6.13	Kąpiel
24	885	1010	6.68	0.1920	1.200	6.54	Kąpiel
25	*280*	*1011*	*6.17*	*0.2006*	*1.253*	*4.50*	*Bez kąpieli*
26	915	1010	6.89	0.1537	0.960	5.67	Kąpiel
28	910	1010	8.31	0.1537	0.960	6.55	Kąpiel
29	*775*	*1011*	*6.85*	*0.1464*	*0.915*	*4.18*	*Bez kąpieli*
30	920	1011	7.20	0.1424	0.890	5.70	Kąpiel
31	975	1012	8.31	0.1501	0.931	7.21	Kąpiel

Twórcy metody badali wpływ kąpieli na czynność nerek, obarczając pracę nerek podawaniem chorym nadmiernych ilości wody i soli kuchennej (Wasser-und Kochsalzbelastungsproben). W obu przypadkach w okresie poprzedzającym wystąpiło wybitne zatrzymanie się omawianych składników w ustroju, pod wpływem zaś kąpieli objawy niedomogi wydzielniczej zniknęły i nawet wskutek wzmożonego wydzielania zostały wydzielone zatrzymane poprzednio ilości wody i soli kuchennej.

Co do wpływu kąpieli na ilość wydzielanego białka, to w jednych przypadkach kąpiele pod tym względem nie wywierały żadnego wpływu, w drugich ilość białka zwiększała się w innych wreszcie podlegała wybitnemu zmniejszeniu i dla tego też autorowie pod tym względem nie wyprowadzają żadnych wniosków ze swych badań. Kwestję tą z powodu wybitnych wahań zachodzących w wydzielaniu się białka podczas zapaleń nerek mogą rozstrzygnąć tylko liczne badania kliniczne.

Tymczasowe doniesienie[57]) o tej nowej metodzie leczenia zapalenia nerek ogłoszonem zostało w marcu roku zeszłego na zjeździe niemieckich balneologów w Berlinie. Od sierpnia zaś roku zeszłego stosujemy ją u naszych chorych.

Pierwsze wymaganie stawiane każdemu zabiegowi leczniczemu jest „primum non nocere".

O omawianej metodzie już a priori można było przypuszczać, że ona żadnego szkodliwego wpływu mieć nie może. Wszak kąpiele przedłużone wzmagają czynność wydzielniczą nerek głównie dzięki temu, jak należy przypuszczać, że pod ich wpływem polepsza się krwiobieg w nerkach, występuje wzmożenie się szybkości krwiobiegu nerkowego, podczas zaś ostrego zapalenia krwiobieg w nerkach jest wybitnie zwolnionym, w nerkach stwierdzamy zastój. (Heubner).

Podług zaś najnowszych poglądów na zapalenie, wprowadzonych do nauki przez Biera, przekrwienie czynne, wzmożenie szybkości krwiobiegu przy ostrych sprawach zapalnych należy uważać za objaw dodatni, leczniczy, gdyż sprzyja on szybszemu odrostowi tkanek.

Stosowaliśmy kąpiele godzinne o cieplocie 28° R. w 78 przypadkach.

W 37 przypadkach chorzy, u których zapalenie nerek rozwinęło się podczas pobytu w szpitalu, otrzymywali codziennie kąpiel od pierwszego dnia choroby, w tych przypadkach ani razu nie stosowaliśmy kąpieli ciepłych, ani zawijań w koce, gdyż nie mieliśmy ku temu wskazań. W 41 przypadkach stosowaliśmy kąpiele przedłużone u chorych, przyjętych z rozwiniętem już cierpieniem. W pewnej liczbie tych przypadków przy nadzwyczaj wybitnych obrzękach w ciągu pierwszych kilku dni prócz kąpieli godzinnych stosowaliśmy również zabiegi napotne.

I w tych przypadkach, gdy tylko obrzęki poczęły się zmniejszać, a ilość moczu zwiększać, zaprzestawaliśmy stosować zabiegów napotnych i chory w dalszym przebiegu otrzymywali codziennie kąpiel godzinną.

Że pod wpływem tych kąpieli *wzmaga się ilość moczu,* mogliśmy stwierdzić również u naszych chorych.

Na 129 badań, wykonanych u 24 chorych, podczas których określaliśmy ilość moczu, wydzielonego w ciągu godziny przed kąpielą i podczas kąpieli godzinnej, w 103 przypadkach ilość moczu po kąpieli była większą, niż przed kąpielą, przytem chorzy wydzielali po kąpieli w porównaniu z ilością moczu przed kąpielą w 28 przypadkach dwukrotną, w 11—trzykrotną, w 6—czterokrotną, w 5—pięciokrotną, w 1—siedmiokrotną, w 1—ośmiokrotną, w 1 przypadku wreszcie dziesięciokrotną ilość moczu.

Przy leczeniu zapalenia nerek, obok doświadczalnych badań, bardzo ważne znaczenie posiada *kliniczna obserwacja* przy łóżku chorego. I dla tego przytoczymy tu w krótkości *wyniki leczenia* naszych chorych.

Z 49 chorych, obserwowanych od pierwszego dnia choroby, przy zupełnie jednakowych pozostałych warunkach i jednej i tej samej diecie, 37 otrzymywało kąpiele przedłużone, 10 — kąpiele ciepłe, ewentualnie zawijania w koce.

Z 37 chorych I grupy—tylko w 6 przypadkach ilość białka przewyższała 1‰, w 21 przypadkach stwierdziliśmy tylko ślady białka, w 2 nie stwierdziliśmy białka zupełnie. Z 10 chorych II grupy w 7 przypadkach ilość białka przekraczała 1‰, w 2—były ślady, 1 przypadek bez białka.

Wszyscy chorzy I grupy zostali wypisani ze szpitala bez białka w moczu, przytem *białkomocz* u tych chorych trwał:

od	1—7	dni w	10	przypadkach
„	7—14	„ „	4	„
„	14—21	„ „	7	„
„	21—28	„ „	3	„
„	28—35	„ „	3	„
„	35—42	„ „	7	„
	57	„ „	1	„

Z pośród 9 chorych II grupy w 3 przypadkach chorzy zostali wypisani z obecnością białka w moczu po 18, 29, 30 dniowym pobycie w szpitalu. Z pozostałych przypadków w 2—białkomocz trwał 2 tygodnie, w 2—3 tygodnie, w 1 przypadku—4 tygodnie, w 1 przyp.—5 tygodni.

Już z tego porównania zachowania się białkomoczu u chorych I i II grupy wypływa, że kąpiele przedłużone nie wywierają żadnego szkodliwego wpływu na sprawę zapalną w nerkach, lecz przeciwnie cierpienie przebiega łagodniej. Co do poszczególnych przypadków, to nadzwyczaj przekonywającymi co do braku szkodliwego działania kąpieli na sprawę zapalną nerek są te, w których białko w początkowym okresie występowało a po kilku dniach znikało z moczu. Mieliśmy 10 takich przypadków, w których białkomocz trwał od 1—7 dni, pomimo iż składniki morfotyczne wydzielały się w tych przypadkach przez czas dłuższy, częstokroć przez tygodnie całe. Otóż, gdyby kąpiele przedłużone miały ujemnie wpływać na sprawę zapalną w nerkach, to trudno byłoby przypuścić, aby w dalszym przebiegu mimo istnienia sprawy zapalnej w nerkach przy stosowaniu kąpieli godzinnych białko nie zjawiało się więcej.

Wyniki leczenia naszych chorych były następujące:

Z 37 chorych, leczonych kąpielami godzinnemi, 26 wypisano ze szpitala zupełnie zdrowymi bez białka, krwi i składników morfotycznych w moczu. Z 10 chorych le-

leczonych metodami innemi wypisano zdrowymi—4.

Nie możemy określić ściśle trwania choroby co do dnia, gdyż nie badaliśmy codziennie moczu drobnowidzowo u wszystkich chorych, możemy tylko powiedzieć w ciągu jakiego tygodnia nastąpiło wyzdrowienie.

Z 26 przypadków I grupy zapalenie nerek skończyło się w ciągu

1 tygodnia w 1 przypadku
2 " " 2 "
3 " " 4 "
4 " " 5 "
5 " " 8 "
6 " " 5 "
$7^1/_2$ " " 1 "

Z 4 przypadków II grupy zapalenie nerek trwało 2 tygodnie w 2 przypadkach, 3 tygodnie w 1 przypadku i 4 tygodnie w 1 przypadku.

W 2 przypadkach leczonych tylko dietą (zabiegi wodolecznicze z powodu wybitnych zmian gruźliczych w płucach były przeciwskazane) zapalenie nerek trwało 3 tygodnie.

Sumując te wszystkie dane, otrzymamy, że chorzy w 23 przypadkach wyzdrowieli z zapalenia nerek w ciągu 1—4 tygodni.

Jürgensen przyjmuje za średnią długość przebiegu zapalenia popłoniczego nerek 4—6 tygodni. Bywają przypadki o wiele krótszym, lecz również i o wiele dłuższym przebiegu.

Nie mogliśmy z powodu braku miejsca zbyt długo trzymać chorych na oddziale i dla tego byliśmy zniewoleni wypisać 14 chorych z wałeczkami w moczu, 2 ze śladem białka, 1 ze śladem białka i wałeczkami, z tej liczby tylko 11 chorych wypisanych z wałeczkami przypada na przypadki, leczone kąpielami godzinnemi, pozostałe zaś 6 przypadków przypada na chorych II grupy. Z tych 17 chorych tylko 8 przypadków (4 w I i 4 w II grupie) leczone były dłużej, niż 4 tygodnie.

Zakończymy ten przegląd chorych, leczonych przez nas od pierwszego dnia choroby uwagą, że w *żadnym z tych przypadków nie wystąpiły objawy mocznicy.*

Z 80 chorych, przyjętych na oddział z rozwiniętym już cierpieniem 6 zostało wypisanych po kilkogodzinnym lub kilkodniowym pobycie w szpitalu, 14 zmarło. Z tej ostatniej liczby należy wykluczyć 6 dzieci, które wprawdzie zmarły podczas zapalenia nerek lecz wskutek innych powikłań a mianowicie 3 przypadki z powodu Pleuritis purulenta, 1—Sepsis, 2—Pneumonia duplex.

W pozostałych zaś 8 śmiertelnych przypadkach chorzy zostali przyjęci z objawami mocznicy i zmarli w ciągu pierwszych 3 dni, niektórzy nawet po kilko lub kilkunastogodzinnym pobycie w szpitalu. Więc możemy powiedzieć, że *wśród* 109 (49+60) *przypadków zapalenia popłoniczego nerek, leczonych przez nas na oddziale w ciągu dłuższego czasu nie mieliśmy ani jednego przypadku śmierci.*

Z 60 przypadków—41 chorych otrzymywało kąpiele przedłużone, 19 było leczonych zwykłemi zabiegami wodoleczniczemi, wszyscy otrzymywali pokarmy, ubogie w białko i sól kuchenną.

Wyniki leczenia były następujące. 26 dzieci wypuszczono ze szpitala zupełnie zdrowemi. W pozostałych 34 przypadkach osiągnęliśmy zupełne wyleczenie czynnościowe: chorzy zostali wypisani bez obrzęków, z normalndm pędzeniem moczu, bez krwi w moczu w tych przypadkach, w których poprzednio występowała, z wybitną poprawą ogólnego stanu, lecz w dniu wypisania stwierdziliśmy u tych chorych jeszcze obecność składników patologicznych w moczu, a mianowicie w 11 przypadkach nieliczne tylko wałeczki, a w 23 białko (w 19 przyp. tylko nieznaczne ślady) i wałeczki.

W większości z tych przypadków po krótszym lub dłuższym przebiegu zapewnie nastąpi wyleczenie zupełne. W pewnej liczbie tych chorych już po upływie 1 lub 2 tygodni od wyjścia ze szpitala mieliśmy możność stwierdzić brak składników patologicznych w dostarczonej nam z domu porcji moczu.

Pewne wnioski co do dalszego pomyślnego przebiegu wyciągnąć możemy z faktu nie zgłaszania się z powodu pogorszenia (za wyjątkiem 2 przypadków) chorych wypuszczonych z wyleczeniem czynnościowem.

Czy w którymkolwiek z tych przypadków ostre zapalenie przejdzie w postać chroniczną nie możemy orzec z powodu zbyt krótkiej obserwacji, gdyż wśród tych chorych w 14 przypadkach byliśmy zniewoleni wypisać chorych przed ukończeniem 4-tygodniowego leczenia, a najdłużej leczenie dyetą i kąpielami przedłużonemi trwało 66 dni (w 2 przypadkach). Zdrowienie zaś, jak wiadomo, może czasami przeciągnąć się do kilku lub kilkunastu miesięcy, tak naprz. Bartels stwierdził zupełne wyleczenie po 18 miesięcznym przebiegu zapalenia popłoniczego nerek. Dawniejsi klinicyści twierdzili, że zapalenie nerek w przebiegu płonicy nigdy nie przechodzi w postać chroniczną. Obecnie, na zasadzie obserwacji Heubnera, Bagińskiego, Henocha, Leydena, Aufrechta, Vierorha i innych, można powiedzieć, że aczkolwiek rzadko, zda-

rzają się jednak przypadki chronicznego zapalenia nerek powstałego w następstwie popłoniczego zapalenia tego narządu.

Baginsky, który leczył chorych ścisłą mleczną djetą, opisuje przypadki, w których nawet po 3 miesięcznem leczeniu nie zachodziły żadne zmiany w zachowaniu się ilości białka i składników morfotycznych w moczu. Takich przypadków nawet przy znacznie krótszem leczeniu wyżej opisanemi metodami wśród naszych chorych nie spotykaliśmy. U czterech chorych, których wypuszczono ze szpitala z ilością białka od 0,5‰ do 1,5‰ w początkowym okresie stwierdziliśmy ilości białka o wiele większe, tak naprz. u Chaji K., którą wypisaliśmy po 58 dniach leczenia z 1,25% białka w moczu, ilość białka w pierwsze dni pobytu w szpitalu dochodziła do 6‰. Dla ilustracji faktu, jak pod wpływem odpowiedniej djety i kąpieli przedłużonych znikają nawet dość wybitne obrzęki, jak waga ciała stopniowo zmniejsza się, a ilość moczu zwiększa, jak zachowują się przytem ilości białka, przytoczę tu 4 przykłady w początkowym okresie leczenia.

Jak widzimy waga ciała stopniowo spada, pędzenie moczu wzmaga się, a co do białka to w 3 przypadkach wystąpiło wybitne zmniejszenie odsetki białka. Tak zachowywało się białko w znacznej większości przypadków i po kilku dniach leczenia ilość białka nie przekraczała 1‰, a w dalszym przebiegu zazwyczaj stwierdzaliśmy tylko ślady białka. Dla tego też powiedzieliśmy wyżej, że ilość białka nawet wśród przypadków przyjętych z rozwiniętem zapaleniem nerek bywa nieznaczną. Zachodzi jednak poważna różnica pomiędzy zachowaniem się ilości białka wśród przypadków, leczonych od pierwszego dnia choroby i przypadków przyjętych z zapaleniem nerek. Tam znajdujemy w znacznej większości przypadków przez cały przebieg choroby tylko ślady białka, tu zas ilości białka przy przybyciu zazwyczaj były duże, a tylko w dalszym przebiegu nieznaczne, tak naprz. u 41 chorych, leczonych kąpielami godzinnemi ilość białka przy przybyciu przekraczała 1‰ w 20 przypadkach, z których w 14 była wyższą ponad 3‰.

W tej różnicy ilości białka, jak również w wyżej omówionej różnicy w częstości i natężeniu obrzęków wreszcie w wynikach ogólnych leczenia przypadków jednej grupy a drugiej, uwydatnia się nadzwyczaj dobitnie ważność jaknajwcześniejszego rozpoczęcia leczenia odpowiedniego zapalenia nerek, do czego niezbędnem jest jaknajwcześniejsze rozpoznanie tego powikłania w przebiegu płonicy.

Stanisław W. 8 lat.			
Data	Waga ciała	Ilość moczu	Ilość białk.
12. VIII	16700 grm.	250ctm.³	5‰
13.	16400	700	2,5‰
14.	15800	675	0,75‰
15.	15540	600	0,75‰
16.	14710	1500	0,75‰
17.	14150	1500	0,25‰
18.	13950	850	0,75‰
19.	13650	1200	0,75‰
20.	13710	825	0,75‰
21.	13040	875	0,25‰

Wacław M. 8 lat.			
Data	Waga ciała	Ilość mocz	Ilość białk.
25. VIII	21210 grm.	500ctm.³	1,75%
26.	21140	700	2‰
27.	20980	700	0,75‰
28.	20560	1300	0 5‰
29.	20350	1800	0,5‰
30.	20090	1100	0,5‰
31.	20060	1000	0,75‰
1. IX	19890	1225	0,5‰
2.	19680	900	ślad

Aurelja G. 7 lat.			
Data	Waga ciała	Ilość mocz.	Ilość białk.
13. I	17680 grm.	250ctm.³	5,5‰
14.	17320	500	1‰
15.	17140	1100	ślad
16.	16990	900	„
18.	16020	1200	„
19.	16000	400?	„
21.	15770	800	„

Janek S. 7 lat.			
Data	Waga ciała	Ilość mocz.	Ilość białk.
5. VIII	25940	50 ctm.³?	3‰
6.	25400	900	2,5‰
7.	25500	1000	3‰
8.	24460	1300	2,5‰
9.	23980	1025	3,5‰
10.	23490	1475	3,5‰
		(wzmożenie się krwiomoczu)	
11.	23000	1100	4‰
12.	22510	800	6‰
		(krwiom. wybitniejszy)	
13.	22000	700	4‰
		(krwiomocz mniej wybitny)	
15.	21720	900	1%

W niektórych przypadkach ilość białka nie zmniejszała się, czasami nawet podnosiła się. Zależało to w znacznej większości przypadków od wystąpienia wybitnego krwiomoczu, jak to miało miejsce również i w przytocznym na tablicy czwartym przypadku u Janka S. W tych przypadkach, gdy należy przypuszczać obecność znaczniejszych uszkodzeń w naczyniach nerkowych, zaprzestajemy obecnie na kilka dni kąpać chorych. Ujemny wpływ długich kąpieli na krwiomocz daje się teoretycznie objaśnić tem, że przy wzmożeniu się szybkości krwiobiegu w nerkach, musi się również i więcej krwi wydostawać na zewnątrz.

W tych przypadkach stosujemy *djetę suchą*, t. j. zmniejszamy ogólną ilość płynów do 500 ctm. *Sucha djeta* wskazana jest *przy* wszelkiego rodzaju *krwawieniach*, gdyż pod jej wpływem występuje wybitne zgęstnienie krwi połączone z wzmożeniem się jej krzepliwości. W ostatnich czasach między innymi Salomon[58]) z pracowni Noordena przy swoich badaniach nad wpływem djety suchej na przemianę materyi stwierdził, że wzmaga się przy pragnieniu ciężar gatunkowy krwi in toto i surowicy krwi.

Przy badaniach refraktometrycznych surowicy krwi[59]) wykonanych na królikach, stwierdziłem również wystąpienie przy pragnieniu zgęstnienia surowicy krwi, co cechuje się wybitnym zwiększeniem się współczynnika załamania światła surowicy.

Rozumie się, że takie ograniczenie płynów, aby nie wyrządzić szkody całemu ustrojowi, możemy stosować tylko w ciągu kilku dni, do 1 tygodnia. Zazwyczaj okres ten jest dostatecznym, aby nastąpiło wybitne zmniejszenie się krwiomoczu, który po upływie kilku lub kilkunastu dni w dalszym przebiegu znika zupełnie. W niektórych przypadkach występują nawroty krwiomoczu. W tych razach należy djetę suchą powtarzać kilkakrotnie i, aczkolwiek krwiomocz trwa czasami tygodnie całe, jednak zazwyczaj można osiągnąć zupełne wyleczenie: nie wypisaliśmy z krwiomoczem żadnego z naszych chorych mimo stosunkowo krótkiego przebywania dzieci na oddziale.

Musimy tu dodać, że przy leczeniu zapalenia nerek nie stosowaliśmy żadnych środków farmakologicznych między innymi i tych, które zostały polecone przeciw krwiomoczowi.

Przy wybitnych objawach niedomogi sercowej, występujących podczas zapalenia nerek najczęściej w przebiegu mocznicy, podawaliśmy chorym camphorę do wewnątrz i podskórnie, w kilku przypadkach zastrzykiwaliśmy coffeinę. Steffen[60]) polecił podawać w tych przypadkach Secale cornutum w dużych dawkach od 0,3—0,5 trzy do czterech razy dziennie. W 10 przypadkach, z których jeden zakończył się śmiercią, podawaliśmy chorym ten środek i możemy wraz z Heubnerem, Fiłatowem, Neumanem i innymi powiedzieć, że przy stosowaniu secale cornutum występuje zazwyczaj w krótkim czasie polepszenie objawów ze strony układu krwionośnego.

Podawaliśmy ten środek, idąc za przykładem Heubnera, w ciągu trzech dni w postaci Extrac. fluid. Secal. cornut. (3,0—100,0 3 razy dziennie po 10,0 młodszym, dzieciom mniej).

Podczas ostrego zapalenia nerek należy strzedz chorych od wszelkich wpływów szkodliwych, do których prócz chłodu należy wysiłek mięśniowy, szczególniej ruchy kończyn dolnych. Dla tego też niezbędną jest rzeczą, aby chory leżał w łóżku. Pod tym względem zgadzają się wszyscy klinicyści i między innymi Senator i Strasser[61]) w ostatnich pracach o fizykalnej terapji białkomoczu kładą nacisk na niezbędność *leżenia w łóżku przynajmniej aż do zniknięcia białka z moczu*. U dzieci łatwiej jest to zalecić, niż wykonać. Nasi mali pacjenci wszyscy nominalnie leżeli w łóżkach, lecz niejeden z nich, przy sprzyjających okolicznościach, nie leżał, lecz dokazywał w łóżku. Mamy wrażenie, że u dzieci ruchliwych, które, o ile nie spały, były w ruchu prawie przez cały dzień, zdrowienie trwało dłużej, niż u dzieci spokojnych, które przynajmniej przez pół dnia zachowywały położenie poziome.

Przy *mocznicy* prócz wszystkich wyżej omówionych zabiegów i środków leczniczych w 12 przypadkach stosowaliśmy *upust krwi*.

Pedjatrzy jeszcze dotąd różnią się w swych zapatrywaniach na celowość i wskazania upustu krwi w leczeniu mocznicy. W ostatnich jednak czasach metoda ta znajduje coraz większe grono zwolenników (Walko, Springer, Singer, Malinowski, Pisek[62]) i inni). Gorącym zwolennikiem tej metody jest Heubner[63]), jak również Baginsky[64]), który referował tą sprawę na międzynarodowym zjeździe lekarzy w Paryżu w 1901 r.

Stosując ogólny upust krwi przy mocznicy, dążymy 1) do wydzielenia z ustroju pewnej części zatrzymanych w krwi pierwiastków trujących, 2) do ułatwienia pracy sercu i polepszenia krwiobiegu nerkowego, co sprzyja wzmożeniu się czynności wydzielniczej nerek.

Co do ilości krwi, to według Bagińskiego można bez wszelkiego niebezpie-

czeństwa upuścić $^1/_{15}$ do $^1/_{20}$ części ogólnej ilości krwi. Heubner[65]) radzi upuszczać u dzieci od lat 3—6 do 80—90 grm. u starszych dzieci do 150—200 grm. Prócz upustu krwi za pomocą nacięcia żyły, Heubner stosuje w niektórych przypadkach pijawki. Sześć dobrze ssących pijawek, przystawionych na okolicę nerek, może odciągnąć około 60 grm. krwi, którą to ilość można dzięki następowemu krwotokowi zwiększyć do 100 grm.

Upuszczaliśmy krew naszym chorym za pomocą nacięcia żyły w ilościach, odpowiadających mniej więcej ilościom podanym przez Heubnera. Wśród 30 przypadków mocznicy leczonych upustem krwi przez Heubnera, zmarło 7 przypadków t. j. 23%. Na 17 przypadków Singera zmarło 2 przyp. t. j. 12%. Wyniki leczenia naszych chorych były gorsze, gdyż na 12 przypadków zmarło 5 chorych t. j. 41,66%.

Przy bliższem rozejrzeniu się w tych śmiertelnych przypadkach okazuje się, że wszyscy ci chorzy przybyli do szpitala w stanie bardzo ciężkim z objawami mocznicy, które występowały już w domu od kilku do kilkunastu godzin, a w kilku przypadkach łagodne objawy mocznicy, jak wymioty występowały już od kilku dni; że wszyscy ci chorzy zmarli wkrótce po przybyciu na oddział; że objawy przygnębienia (senność, apatja, ogólne osłabienie) zazwyczaj górowały nad objawami podrażnienia; że u wszystkich tych dzieci występowały wybitne objawy niedomogi sercowej, jak tętno nitkowate, trudno wyczuwalne, tony serca nadzwyczaj głuche, rytm tonów płodowy, lub cwałowy i t. d. Wszyscy autorowie, którzy stosują upust krwi przy mocznicy, zgodnie świadczą, że aczkolwiek i w tych przypadkach ten zabieg nie jest przeciwskazany, jednak spodziewać się pomyślnego wyniku wobec wyczerpania mięśnia sercowego nie należy.

Wśród 7 przypadków z zejściem pomyślnem w 3 objawy mocznicy (duszność, drgawki) ustąpiły po upuście i nie powtarzały się więcej, w pozostałych zaś przypadkach, aczkolwiek zawsze mogliśmy stwierdzić polepszenie ogólnego stanu, osłabienie pojedyńczych objawów mocznicy, jak wymiotów, drgawek, jednak po upływie pewnego okresu czasu objawy mocznicy występowały powtórnie. W 2 przypadkach drgawki po upuście powtórzyły się kilkakrotnie w ciągu tejże doby, w 1 przypadku drgawki wystąpiły jeszcze dwukrotnie w ciągu następnych 2 dni, w 1 przypadku drgawki po upuście wystąpiły jeszcze 4 razy w ciągu 3 dni. Przy nawrotach objawów mocznicy w jednych przypadkach zadawalnialiśmy się zabiegami wodoleczniczemi, w innych podawaliśmy chloral w lewatywie, lub wdychania chloroformu (rzadziej), w innych wreszcie stawialiśmy bańki cięte. Z powodu napięcia i niedokrwistości skóry przy obrzękach mogliśmy za pomocą ciętych baniek otrzymać tylko nieznaczną ilość krwi.

Gdy ogólny stan i tętno po upuście nie poprawiało się w kilku przypadkach zastosowaliśmy wlewania fizjologicznego rozczynu soli pod skórę lub do jelita. Aczkolwiek przy tym zabiegu wprowadzamy do ustroju nieznaczne ilości soli kuchennej, jednak należy zachować pewną ostrożność i dla tego Heubner radzi w tych razach używać zamiast soli, 0,9 procentowego rozczynu węglanu sodowego.

Jak widzimy nie zawsze objawy mocznicy ustępują po upuście natychmiastowo i nie zawsze możemy uratować życie chorego. Jednak, nie mając innych pewniejszych środków, należy uciec się do tego zabiegu, i im wcześniej go zastosujemy, tem pewniejszy będzie skutek pomyślny przy równych innych warunkach.

LITERATURA:

—o—

1) Biegański—Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. Tom I-1900.
2) Hase—Jahrb. für Kinderheilkunde. Tom 26-1887.
3) Hirsch—Jahrb für Kinderheilk. Tom 52-1900.
4) Spieler—Jahrb für Kinderheilkunde. Tom 64-1906.
5) Sokal—Eine Scharlachepidemie in Lysiec im Jahre 1905.
6) Heubner—Lehrbuch der Kinderheilkunde. Tom I. 1903.
7) Castaigne et Rathbery—Semaine médicale 1904.
8) Soerensen—Zeitschr. für Klinische Medic. Tom 18 cyt. podług Jürgensena.
9) Baginsky—Archiv für Kinderheilk. Tom 35-1902.
10) Schick—Jahrb. für Kinderheilkunde. Tom 62-1905.
11) Schick—Jahrb. für Kinderheilkunde. Tom 65-1907.
12) Jürgensen—Acute Exantheme-Specielle Pathologie von Nothnagel. Tom IV część II-ga 1896.
13) Troitsky—Archiv für Kinderheilk. Tom 45-1907.
14) Serkowski—Zarys semiotyki moczu odbitka z „Czasopisma Lekarskiego" 1904.
15) Malinowski—Gazeta Lekarska 1885.
16. Langstein—„Erkrankungen des Urogenitalsystems" w Handbuch der Kinderheilk. von Pfaundler i Schlossman. Tom II, Część II. 1906 r.
17. Pirquet—Verhand. der 21 Versamm. der Gesellsch. für Kinderheilkinde in Bresl. 1904.

18) Aleksiejew — Dietskaja Medicina. Tom I. 1896.
19) Kroll—Dietskaja Medicina. Tom I. 1896
20. Hagenbach—Jahrb. für Kinderheilk. Tom 29-1889.
21. Jakubowitsch—Archiv für Kinderh. Tom 8-1887.
22. Singer—Jahrb. fur Kinderh Tom 62. 1905.
23. Biegański—Dyagnostka różniczkowa chorób wewnętrz. Wydanie III-1903.
24. Leichtenstern—Deutsche Medic. Wochen. 1882 cyt. podług Jürgensena.
25) Pawiński—Gazeta Lekarska 1906.
26) Fiłatow — Klinische Vorlesungen über Kinderkrankh. Zeszyt I-1901.
27) Malinowski—Gazeta Lekarska-1895.
28) Fischer — Sitzungsber. d. medic. Societät zu Erlangen № 1-1884.
29) Bickel—Verhandl. d. XX Congr. f. innere Medic. Wiesbaden 1902.
30) Engelman—Münch. med. Wochenschrift. 1903.
31) A. Koranyi—cyt. podł. Singera.
32) Fleischer—Archiv f. Klin. Medic. XXIX-1881 cyt. podł. Noordena.
33) Noorden—„Ueber die Behandlung der acuten Nierenentzundungen w Sammlung Klinisch. Abhandl. über Pathologie der Stoffwechsel. Zeszyt 2-1902.
31) Achard i Paisseau — Semaine médicale 1904 cyt. podług Comby.
35) Marischler—Pamiętnik Tow. Lek. Warsz.—1902.
36) Halpern—Gazeta Lekarska—1904.
37) Achard - Znaczenie soli w patologii. Odczyty Kliniczne 192.
38) Achard—Znaczenie soli w terapii Odczyty Kliniczne 201—202.
39) Stoeltzner—Verhand. der 22 Versamm. der Gesellsch. für Kinderh. in Meran. 1905.
40) Comby — Monatschr. für Kinderh. Tom 4-1905.
41) Weigert—Monatschr. für Kinderh. Tom 4-1905.
42) Grüner—Jahrb. für Kinderh. Tom 64-1906.
43) Brudziński— Czasopismo Lekarskie 1906.
44) Klemperer — „Ernährungstherapie bei Krankheit. der Nieren" in Handbuch der Ernährungsther. von Leyden. Wydanie II, Tom II. 1904.
45) Leube—Therapie der Gegenwart 1902 cyt. podł. Klemperera.
46) Ascoli—Münch. medic. Wochensch. cyt. podł. Klemperera.
47) Langlois et Richet — Journal de physiol. et pathol general. 1900 cyt. podł. Acharda „Znaczenie soli w terapii".
48) Le régime déchloruré dans la scarlatine et dans la néptrite scarlatineuse--Semaine médicale—1907.
49) Comby—Podręcznik chorób dzieci— Tom I-1905.
50) Brudziński—Czasopismo Lekarskie Zeszyt 4-1907.
51) Brudziński—Dziennik X Zjazdu— Lwów 1907.
52) Castaigne i Rathery Sem. médic. 1903, ref. w Gazecie Lekarskiej 1904.
53) Senator—„Die physikal. Therapie der Erkrank. der Nieren" w Handb. für physik. Therapie von Goldscheider i Jacob. Część II Tom II. 1902.
54) Strasser i Wolff—Blätter für Klinische Hydrother. 1903.
55) Strasser i Blumenkranz—Blätter für Klinische Hydrother. № 5-1907.
56) Strasser i Blumenkranz—Beiheft zur „Medic. Klinik" № 6. 1907.
57) Strasser i Blumenkranz--Berliner. Klinisch. Wochens. 1906.
58) Salomon — „Ueber Durstcuren" in Samml. Klinis. Abhandl, über Pathol. der Stoffwechsel von Noorden. Zeszyt 6-1905.
59) Schoeneich—Gazeta Lekar.-1906.
60) Steffen — „Ueber einige wichtige Krankh." 1895.
61) Strasser—„Albuminurie und physikal. Therapie" 1905.
62) Pisek—Przegląd Lekarski—1900.
63) Heubner — Charité Annalen 1905. ref. w Zeits. für physik. Therapie Tom X. 1906.
64) Baginsky — Archiv für Kinderh. Tom 31-1901.
65) Heubner—Lehrbuch für Kinderh. Tom II. Wydanie II—1906.



Dalsze przyczynki do statystyki leczenia błonicy surowicą swoistą.*)

Podał dr. **W. Puławski** (z Radziejowa).

—o—

W ciągu lat 1903 i 1904 miałem ogółem sto przypadków błonicy, leczone surowicą, a mianowicie:

W r. 1903 było wszystkich przypadków 46, z których 2 śmiertelne (4,3%); przypadków z powikłaniem krtaniowem było 20, czyli 43%; dały one zatem 10% śmiertelności.

W r. 1904 było wszystkich przypadków 54, z których 3 śmiertelne (5,5%); przypadków krtaniowych było 24 (44%) ze śmiertelnością 12,5%.

W ciągu lat 1905 i 1906, za wyłączeniem czasu od połowy Lutego 1905 do końca Maja 1906, przez który, będąc powołanym do służby czynnej na Daleki Wschód, przebywałem w Mandżurji, miałem zanotowanych ściśle wszystkich przypadków 32, z których 2 śmiertelne (6,3%); przypadków krtaniowych było 17, co stanowi 35% ogólnej liczby ze śmiertelnością 11,8%.

W przeciągu tych lat czterech (1903—1906) przypadków błonicy, nieleczonych surowicą, u dzieci poniżej lat 15, nie miałem wcale. Przypadki błonicy u starszych ponad lat 15, leczonych surowicą, nie są

*) (Ciąg dalszy patrz „Czasopismo Lekarskie" r. 1903. T. V, № 2. str. 64.)

wliczone w statystykę ogólną; o trzech z tych przypadków godniejszych uwagi poniżej przytoczę słów kilka.

Zestawiając dane powyższe w odpowiednią tablicę (№ I), otrzymamy:

Tablica I-a.

Rok	Liczba ogólna przypadków	Ilość przypadków śmiertelnych	D-to w %	Ilość przypadków krtaniowych	D-to w %	Śmiertelność w %	Uwagi.
1903	46	2	4,3	20	43	10	Leczenie surowicą
1904	54	3	5,5	24	44	12,5	
1905-1906	32	2	6,3	17	53	11,8	
1903-1906	*132*	7	*5,3*	*61*	46	*11,5*	

W porównaniu z danemi, poprzednio opublikowanemi [patrz. Czasopismo Lekarskie T. V. r. 1903. № 2 str. 64-66], dane przytoczone przedstawiają się jak następuje:

Tablica II-a.

Rok	Liczba ogólna przypadków	Ilośćprzypadków śmiertelnych	D-to w %	Ilośćprzypadków śmiertelnych	D-to w %	Śmiertelność w %	Uwagi.
I/VII 1895-1902	469	34	7	267	57	12,7	Leczenie surowicą
1903-1906	132	7	5,3	61	46	11,5	
I/VII 1895-1906	*601*	41	*6,8*	*328*	55	*12,5*	

Spostrzegane 132 przypadki grupują się jak następuje:

1) Co do płci:

Chłopców 68; dziewcząt 64.

2). Co do wieku:

0—1=4	5— 6=9	10—11=2
1—2=23	6— 7=7	11—12=1
2—3=29	7— 8=4	12—13=3
3—4=18	8— 9=6	13—14=5
4—5=10	9—10=3	14—15=8

3). Co do dnia choroby, w którym surowica została zastrzyknięta.

A). Wszystkie przypadki wogóle:

1—60	4—10
2—29	5—6
3—22	6—5

B). Przypadki krtaniowe:

1—37	4—3
2—10	5—2
3— 7	6—2

4). Co do ilości zastrzykniętej surowicy.

A). Wszystkie przypadki wogóle:

1). 1000 jedn. ochron.—w 64 przypadkach.
2). 2000 „ „ —„ 66 „
3). 3000 „ „ —„ 1 „
4). 4000 „ „ —„ 1 „

B). Przypadki krtaniowe:

1). 1000 jedn. ochron.—w 24 przypadkach.
2). 2000 „ „ —„ 35 „
3). 3000 „ „ —„ 1 „
4). 4000 „ „ —„ 1 „

5). Co do wielokrotności zastrzyknięć.

1). jednorazowo — 129 przypad.
2). dwukrotnie — 3 „

6). Co do przypadków śmiertelnych: (patrz. Tablicę III-cią.).

7). Co do zjawiania się wysypki „posurowiczej.“

Zjawiła się ona w różnorodnych postaciach w 59 przypadkach, co po odtrąceniu siedmiu przypadków śmiertelnych, t. j. na 125 przypadków wogóle, stanowi 47%. Przytem po zastrzyknięciu 1000 jedn. ochron. zjawiła się (między 8 a 10 dniem od zastrzyknięcia) tylko w 2 przypadkach, co stanowi na ogólną ich liczbę 64 tylko 3%; pozostałe zatem 57 przypadków wysypki były po zastrzyknięciu 2000 i więcej jednostek ochronnych surowicy, a więc stanowiły one 97% wszystkich tych przypadków, licząc 61 po odtrąceniu siedmiu śmiertelnych.

Z danych powyższych widzimy, że wnioski, sformułowane przezemnie poprzednio (loco citato) utrzymują się i obecnie w pełnej sile; trafność ich została a posteriori stwierdzoną.

Co do stosowanej surowicy, to uważam za konieczne zaznaczyć, iż od lat sześciu stale stosuję jedynie tylko surowicę prze-

Tablica III-a.

№ porządkowy	Płeć	Lata	Ilość zastrzykniętej surowicy	Ilość dawek	Na który dzień choroby zastrzyknięto	Na który dzień choroby wystąpiła śmierć	Uwagi.
1	Ż.	2	2000	1	3	4	sinica, zwężenie źrenic, podczas zastrzyknięcia prawie bez reakcji; śmierć w 36 godzin po injekcji.
2	Ż.	2½	2000	1	5	5	in extremis; jednocześnie zastrzyknięto ol. camporat; śmierć w 12 godzin po injekcji.
3	M.	1½	2000	1	4	5	sinica; źrenice silnie zwężone; podczas zastrzyknięci reakcya słaba.—exitus 28 godzin po injekcji.
4	Ż.	1¼	2000	1	5	6	bardzo tłusta; sinica, zwężenie źrenic, reakcja przy zastrzyknięciu słaba; śmierć po upływie 40 godzin po injekcji.
5	M.	10	3000	2	6 r. i w.	7	gruczoły bardzo silnie powiększone; reakcja podczas zastrzyknięcia słaba; zastrzyknięto ol. camphor. i aether camphorat; ex. po upływie 35 godzin.
6	M.	14	2000	1	4	6	inanitio; sinica, zwężenie źrenic b. silne; podczas injekcji reakcja żywa; śmierć po upływie 50 godzin po injekcji.
7	Ż.	4	2000	1	6	6	podczas zastrzyknięcia bez reakcji, jednocześnie zastrzyknięto ol. Camphorat. p otem ether camphorat.; śmierć w 19 godzin po injekcyi;

ciwbłoniczą z pracowni kolegi Władysława Palmirskiego w Warszawie; dawała mi ona zawsze najlepsze rezultaty. Uważam przytem, że przy silniejszem względnie działaniu łatwiej i dłużej można ją przechować bez zmian oraz, że daje ona względnie mniejszy procent wysypek, t. zw. posurowiczych, w porównaniu nprz. ze surowicami francuzką lub niemieckiemi.

W zestawieniu liczb na tablicy I-ej, w rubryce danych za lata 1905—1906, widzimy aż 17 przypadków z powikłaniami krtaniowemi na ogólną liczbę 32, co stanowiło 53%; cyfra znacznie wyższa w porównaniu do lat poprzednich. Genezę tego zaraz wyjaśnię.

Od września roku ubiegłego do kwietnia roku bieżącego w Radziejowie i jego najbliższej okolicy panowała epidemia odry, wogóle dość ciężkiej, przebiegającej zwykle z licznemi komplikacjami, często śmiertelnemi, jak meningitis, pneumonia, bronchopneumonia, oedema pulmonum, enterocolitis, dyssenteria i t. p. Wśród nich była również i laryngitis crouposa; zjawiła się ona albo jako komplikacja wczesna, na początku choroby, bezpośrednio przed lub podczas okresu wysypywania, zwykle bardzo obfitego, i względnie łatwo ustępowała po zastosowaniu środków zwykłych (expectorantia, kompresy rozgrzewające, inhalacje), znikając z chwilą wystąpienia lub znikania wysypki; była to raczej laryngitis pseudocrouposa morbillosa; lub też występowała następczo, jako komplikacja wtórna, już po zupełnem zniknięciu wysypki, a niekiedy nawet dopiero w okresie zupełnego wyzdrowienia. Takich przypadków miałem pięć:

1). Chłopiec, lat 5, wysypka znikła już od trzech dni; w nocy na czwarty dzień zjawił się kaszel krupowy z następczą dyspnoë, stopniowo wzrastającą; szóstego dnia stan bardzo ciężki, nie wzbudzający nadziei; zastrzyknąłem 2000 jedn. ochron. surowicy przeciwbłonicznej. Do czwartego dnia po injekcji znikły wszystkie objawy niepokojące bez użycia innych zabiegów i leków. Wyzdrowienie zupełne; wysypka pokrzywkowa na szósty dzień po injekcji, trwała dwie doby.

2) Chłopiec, lat 2, objawy krupu po sześciu dniach od chwili ustąpienia wysypki i wśród rzekomo bardzo dobrego stanu zdro-

wia; do następnego dnia znaczne pogorszenie, wzrastająca dyspnoë; po zastosowaniu 1000 jedn. ochr. w ciągu trzech dni wszystkie niepokojące objawy znikły. Wyzdrowienie zupełne; kaszel trwał blisko trzy tygodnie.

3) Dziewczyna, lat 7, objawy krupu po upływie dni 14 od chwili zupełnego zniknięcia wysypki; na czwarty dzień potem stan bardzo ciężki, groźny dla życia, który po zastosowaniu 2000 jednostek ochronnych surowicy szybko ustąpił. Wysypka pokrzywkowa na ósmy dzień.

4). Chłopiec, lat $4^1/_2$, rodzony brat poprzedniej, objawy krupowe na 22 dzień po ustąpieniu wysypki odrowej. Po zastosowaniu zaraz tegoż dnia 1000 jedn. ochronnych, wszystkie niepokojące objawy znikły w ciągu dni czterech bez użycia jakichkolwiek innych środków lekarskich. Szybkie wyzdrowienie bez komplikacji.

5). Dziewczyna, lat $1^1/_2$, tłusta i zdrowo wyglądająca; objawy krupu wystąpiły 27 dnia po zniknięciu wysypki odrowej; nazajutrz z powodu znacznego pogorszenia zastosowałem 2000 jednostek ochron.. Zupełne wyzdrowienie w ciągu dni czterech; wysypka w postaci rozlanych plam różycowych, wędrujących po powierzchni skóry, zjawiła się siódmego dnia po injekcji i trwała przez dwie doby.

Charakterystycznem jest, że w przypadkach powyższych wszystkie zabiegi nie przynosiły ulgi, a nawet niekiedy pogarszały stan chorobowy, prócz surowicy przeciwbłoniczej, przynoszącej poprawę wyraźną po upływie najdalej 12 godzin przy zaprzestaniu wszelkich innych zabiegów. Przypuścić należy, że infekcja krupowa była albo wtórna, następcza, lub też była ona jednoczesna z odrową, tylko znajdowała się w ukryciu podczas procesu odrowego, po skończeniu którego przeszła w stan czynny.

Że i przy wczesnej komplikacji krtaniowej odry może być również współistnienie zakażenia błoniczego, to się rozumie samo przez się, a dowodem tego służą mi trzy przypadki tego rodzaju; przy zastosowaniu w nich po 1000 jedn. ochr. w każdym otrzymałem szybką poprawę w ciągu jednej doby. Przypadki te pomimo to jednak ze statystyki ogólnej, jako przebiegające na innem, nie analogicznem, podłożu, wyłączyłem.

W statystykę moją, jak to już niejednokrotnie wzmiankowałem, nie zamieszczam osobników starszych ponad lat 15. Wogóle przy leczeniu błonicy u osób starszych trzymam się zasady, jako prawidła, aby nie śpieszyć się ze stosowaniem surowicy, o ile naturalnie niema specjalnych wskazań do tego, aby uczynić to niezwłocznie (casus urgens). Wiadomem jest przecież, że wiele takich przypadków przebiega pomyślnie i bez surowicy po dłuższem lub krótszem trwaniu samej sprawy chorobowej, gdyż większa odporność na działanie błoniczego zarazka, większy zapas sił, jakimi organizm starszy rozporządza oraz inne stosunki budowy anatomicznej w wieku starszym, czynią błonicę gardzieli stosunkowo mniej niebezpieczną niż u dzieci. Sądzę przeto, że nie będzie to pozbawionem większego interesu, jeżeli podam tu w krótkości opis trzech przypadków obszernego dyfterytu gardzieli, zapóźnionych i zaniedbanych pod względem racjonalnego leczenia, u osób starszych, znajdujących się w ogóle w nader niekorzystnych warunkach życiowych; w przypadkach tych zastosowałem surowicę z jaknajlepszym skutkiem.

P r z y p a d e k I. A. K., lat 39, chora od dni siedmiu; w chwili badania 38,5°; tętno 120, drobne, małe i łatwo uciskalne. Cała gardziel wylepiona poprostu nalotem, częściowo oddzielającym się, szarożółtym, cuchnącym, krwawiącym przy ścieraniu. Foetor ex ore. Gruczoły podszczękowe i szyjowe stwardniałe, bolesne, powiększone, zlewając się miejscami w większe konglomeraty, sięgające poza uszy. Słabość ogólna subjektywna bardzo wielka; zastrzyknąłem 2000 jednostek ochronnych surowicy przeciwbłoniczej Palmirskiego. Na trzeci dzień po injekcji stan ogólny o wiele lepszy; ciepłota 37,4°; tętno 100, poprzedniego dnia (nazajutrz po injekcji) obfite poty. W gardzieli naloty oddzielają się w większej ilości, w postaci obfitej flegmisto błoniastej masy, łatwo wykrztuszanej przy kaszlu, lub przy płukaniu gardła. Zdrowienie szybkie bez późniejszych jakichkolwiekbądź komplikacji.

P r z y p a d e k II. M. N., lat 45, chory od dni czterech; w chwili badania ciepłota 38,8°; tętno 132, małe, łatwo uciskalne. Apatja, senność, słabość ogólna bardzo wielka. Miejscowo, w gardzieli, obfite szarawo zielone naloty na języczku, łukach, migdałkach i tylnej ścianie; gruczoły podszczękowe i szyjowe twarde bolesne, umiarkowanie powiększone. Ból w obu uszach, błony bębenkowe wewnątrz lekko zaczerwienione i obrzękłe: ciągły ból głowy i uczucie ciężaru w niej. Przed przybyciem do mnie stosowała płukanie z rozczynu kwasu bornego (2%) i penzlowania rozczynem sublimatu w glicerynie z wodą (1:1000).

Po zbadaniu (5-ty dzień choroby) zastrzyknąłem 2000 jednostek ochronnych surowicy Palmirskiego, i dawkę tę wobec braku poprawy nazajutrz powtórzyłem. Na drugi dzień po drugiej injekcji obfite poty, po których znaczna ulga supjektywna; ciepłota spadła do 36,8°; tętno do 96, wyraźnie mocniejsze, trudniej uciskalne. Obfite wydzielanie się nalotów błoniastych z gardzieli, a z nosa śluzoropnej wydzieliny. Gruczoły mniejsze, mniej twarde i nie tak bolesne. Odtąd szybka poprawa. Ósmego dnia po drugiej injekcji wystąpiła pokrzywka i rozlane plamy różycowate, rozrzucone po całej powierzchni skóry i zmieniając miejsce co kilka godzin; po trzech dniach wysypka i plamy znikły bez śladu; przez cały czas ich trwania nie było żadnych dokuczliwych bolesnych objawów prócz swędzenia skóry, znacznie słabnącego po każdem obfitem pudrowaniu. Wyzdrowienie zupełne bez wszelkich następczych komplikacji.

Przypadek III. J. W., lat 38, chory od 10 dni, leczył się środkami domowymi, miał już *„nawet“* krew puszczaną, lecz i to nie pomogło, udał się przeto do mnie o poradę. W chwili badania (jedenasty dzień choroby) ciepłota 38,7°; tętno 130 małe, nikłe; niemożność przełykania pokarmów płynnych, apatja, śpiączka, ogólna słabość. Miejscowo w gardzieli obfite szarożółte naloty na języczku, łukach, migdałkach i tylnej ścianie; są one dość grube, łatwo się ścierają, przyczem krwawią; gruczoły podszczękowe i szyjowe twarde, bolesne, znacznie powiększone, miejscami zlewają się; ból w uszach, wewnątrz zaczerwienienie i obrzęk; w nosie naloty, krwawiące przy wycieraniu nosa.

Pielęgnowanie i płukania nie odniosły pożądanego skutku, a stan chorego pogarszał się z każdą chwilą nieomal godziną; zastrzyknąłem 3000 jedn. ochron. surowicy przeciwbłonicznej Palmirskiego. Wieczorem i w nocy silne poty, w czasie i po których bardzo silna słabość ogólna, tak że chory chwilami sprawiał wrażenie konającego. Zastrzyknięto trzy cntm. sześć. olejku kamforowego. Nazajutrz słabość ogólna zaczęła stopniowo zmniejszać się; tętno spadło do 110, łatwiej wyczuwalne, ciepłota 36,5°. Odtąd powolne zdrowienie w przeciągu dwóch tygodni z obfitem wydzielaniem się błoniastej flegmy z gardła i nosa; dziesiątego dnia po injekcji zjawiła się wysypka posurowicza pod postacią pokrzywki, niezbyt silnej i latającej po powierzchni skóry; trwała dwie doby. Następnie zdrowienie szybkie i bez komplikacji.

W przytoczonych powyżej trzech wypadkach dodatnie działanie surowicy występowało szybko, widocznie i nie podlegało zakwestjonowaniu. Są one dla mnie dowodem konieczności stosowania surowicy i u osób starszych, dotkniętych cięższą formą błonicy, jako środka skracającego chorobę, przyśpieszającego rekonwalescencję i chroniącego od następczych komplikacji, współtowarzyszących lub występujących prędzej czy później prawie zawsze po cięższych i dłuższych sprawach dyfterytycznych. Dodałbym tylko, że w przypadkach najcięższych, gdzie podejrzewamy współistnienie zakażenia paciorkowcowego, należałoby jednocześnie zastosować i surowicę przeciw paciorkową.

Leczenie błonicy gardzieli i krtani surowicą swoistą tak już rozpowszechniło się wśród wszystkich warstw społecznych i takiem wogóle cieszy się zaufaniem, że, jak to wiem z własnej praktyki i z opowiadania innych kolegów, w niektórych dworach wiejskich, bardziej odległych od lekarzy i aptek, mają u siebie stałe szpryce do jej zastrzykiwania, a nawet samą surowicę, aby mieć ją pod ręką na wypadek w nagłej potrzebie; zwłaszcza jeżeli w domu jest stale kilkoro własnych lub cudzych dzieci.

Przez czas trwającej wojny japońsko-rosyjskiej, wobec powszechnego braku lekarzy na prowincji, leczenie surowicą przeszło do rąk felczerów, różnego kalibru i pochodzenia; stała się ona aż *nadto lubianym* przez nich środkiem, zwłaszcza że niejednokrotnie rodzice upominali się usilnie o *„zaszczepienie“* tego środka. Objaw ten według mnie wcale pożądanym nie jest, a jest wynikiem tych opłakanych warunków, w jakich przez czas całej wojny znajdowała się pomoc lekarska po wsiach; wogóle przez czas ten lecznictwo na prowincji cofnęło się wstecz. Felczeryzm, znachorstwo, partackie leczenie przez aptekarzy i wogóle wszelkie partactwo lekarskie ponownie całą siłą bujać zaczęły wśród całego kompletu innych chwastów, obficie wybujałych czasu wojny i ruchu t. zw. wolnościowego. Placówki, już wyrobione przez całe lata mozolnej i ciężkiej pracy nad przyzwyczajaniem ogółu wiejskiego do systematycznego, wczesnego i racjonalnego leczenia się, trzeba napowrót zdobywać wstępnym bojem, a częściej chytrymi i powolnymi, a zwolna działającymi, podstępami.

Wybuch wspomnianej przed chwilą wojny japońsko-rosyjskiej w Lutym roku 1904, a następnie powołanie mnie w rok później, jako lekarza rezerwowego, do służby

czynnej na Dalekim Wschodzie; związane z tem przejścia, wyjazd do Manżuryi, na plac boju, blizko 14-to· miesięczny pobyt tam, z początku na awangardowych pozycyach armji drugiej, na prawem skrzydle, w pobliżu Mongolji i pod Sypingajem, nad rzekami Lao-ho i Taj-tsy-ho, a potem kilkumiesięczne oczekiwanie na leżach zimowych u linji kolejowej, w pobliżu Kuanczen-dzy, z powodu niemożliwości przyśpieszenia powrotu dla ruchu rewolucyjnego w wojskach i słynnego powszechnego strajku kolejowego na linji magistralnej Moskwa — Władywostok, następnie powrót powolny wraz z eszelonami rezerwistów, odbywający się wśród warunków nienazbyt pomyślnych, nie bez przeszkód, pod groźbą mogących lada chwila wybuchnąć nanowo ruchów rewolucyjnych, — wszystko to wyprowadziło mnie, wtrąconego pomimo mej woli w ten wir niezwykłych, szybko i kolejno zmieniających się wypadków, z równowagi życia lekarskiego, w jakie zdołałem się systematycznie włożyć przez cały szereg lat, poprzedzających wyżej wspomniane wypadki.

Niezwykła ilość kalejdoskopowo zmieniających się wrażeń, długa i uciążliwa podróż w poprzek Azji, życie i przebywanie w środowisku, conajmniej niezwykłem, ciężary i niewygody życia obozowego na terenie wojny, a z drugiej strony—nadzwyczajne wypadki historycznego znaczenia i zmiany, zaszłe na całej powierzchni państwa, a w czególności na terenie ojczystym, przyczyniły się do wywołania w umysłach lekarzy, powracających nawet w niezłym zresztą stanie zdrowia z powrotem, pewnego chaosu myślowego, jakiejś apatji umysłowej, niechęci do wszelkiej pracy, wymagającej wysiłku myślowego, jakiejś, mówiąc poprostu, newrozy. Dla mnie osobiście naprzykład potrzeba było roku całego, aby powrócić po tem wszystkiem do jakiej takiej równowagi myślowej, pozwalającej napowrót wejść w normalny bieg pracy, myśli i całej psychiki, umożliwiającej ponownie planowe i celowe korzystanie z rezultatów, osiąganych przez każdego z nas drogą mozolnych, zmudnych, codziennych zabiegów i zajęć zwykłej, szarej praktyki lekarskiej.

To też od kilku miesięcy dopiero zacząłem nanowo przeglądać moje notatki lekarskie, owocem czego jest praca niniejsza, ilustrująca w dalszym ciągu wyniki otrzymane przezemnie w leczeniu błonicy surowicą swoistą.

Ten był powód długotrwałej przerwy w ogłoszeniu dalszego ciągu moich prac poprzednich, systematycznie publikowanych z początkiem każdego nowego roku.

Na zakończenie pracy niniejszej niech mi wolno jeszcze podzielić się z ógółem kolegów ostatecznymi wnioskami moimi, po 12-sto letniem stosowaniu surowicy przeciw-błonicznej, dotyczącymi mianowicie *metody jej stosowania.*

Otóż nie ulega wątpliwości, że niedoścignionym ideałem metody tej było by w każdym poszczególnym wypadku uchwycenie na tyle wczesnego i odpowiedniego momentu w przebiegu choroby, aby jednorazowe zastrzyknięcie możliwego minimum surowicy wywołało pożądany dodatni skutek leczniczy, działając abortywnie. Jest to niedoścignionem już choćby z tego względu, że niewielka tylko ilość przypadków błonicy wchodzi do terapii, jeżeli już nie *in statu nascendi*, to przynajmniej możliwie wcześnie, więcej natomiast dostaje się do rąk naszych jako spóźnione lub zaniedbane. Z tego powodu możliwe do osiągnięcia idealne maximum postępowania polegać będzie na: *szybkiem zorjentowaniu się w* ***danym momencie choroby****, przy wzięciu na* ***uwagę wszelkich możliwych odnośnych danych****, dających się otrzymać przy badaniu,* ***rezultatem czego ma być: minimalna ilość zastrzyknięć*** *przy użyciu* ***minimalnej ilości surowicy****, dające jednak w efekcie ostatecznym* ***możliwie najszybsze optimum dodatniego skutku leczniczego.***

Usilnie wystrzegać się należy stosowania zbyt małych dawek względnie do potrzeby danego przypadku i momentu chorobowego z tą myślą, że o ile okażą się niedostateczne, można je będzie powtarzać w następstwie ad libitum. Nie! to było by błędem kardynalnym! Raczej zawiele naraz względnie do potrzeby danej chwili, a zato unika się powtarzania dawek następnych, o co nieraz tak bardzo chodzi osobom, otaczającym łóżko chorego dziecka.

Warunki pod względem, w jakich chore dziecko znajduje się w klinice, gdzie wszystkie chore osobniki znajdują się pod jednym strychulcem takich czynników jak mieszkanie, odżywianie się, światło, otoczenie, usługa i odpowiedni a wykwalifikowany dozór, są zupełnie inne odnośnie do wymagań postępowania leczniczego, niż nprz. warunki postępowania przy leczeniu ambulatoryjnem lub też prywatnie we własnych mieszkaniach pacjentów, gdzie liczyć się musimy, stosować i naginać do takich czynników, jak mieszkanie, ilość osób przebywających w niem, mniejsza lub większa

możność izolacji chorego i zastosowanie środków hygieniczno-profilaktycznych, następnie przynależenie do pewnej klasy ludności i położenie materjalne rodziny chorego, stopień wykształcenia i inteligencjiotoczenia chorego, a także większa lub mniejsza umiejętność i zdolność do wypełniania przepisów i rad lekarskich, oraz popęd i chęć do wykonywania tych wszystkich drobnych czynności i usług przy chorym, które niejednokrotnie bardzo wielki wpływ mają na dalszy przebieg choroby, a nawet na rezultat ostateczny, dotyczący utrzymania przy życiu lub śmierci pacjenta.

Tych wszystkich, wymienionych pobieżnie, czynników nie mamy w leczeniu szpitalnem chorego dziecka, które w największej liczbie przypadków po przewiezieniu go z mieszkania rodziców do szpitala dostaje się odrazu w warunki pobytu, o całe niebo lepsze od tych, w jakich się poprzednio znajdowało.

Dla tego też sądzę, że i metoda stosowania surowicy przeciwbłoniczej w warunkach szpitalnych musi się różnić od metody stosowania jej w praktyce prywatnej, czy to w mieście większem czy też na prowincji, tak że dane, otrzymane w obu szeregach przypadków, powinny się wzajemnie dopełniać i w sumie dopiero ogólnej stanowić o dzielności tego środka. To samo zresztą literalnie dotyczy i każdej innej surowicy i wogóle każdej innej metody leczniczej, a nawet każdego środka farmaceutycznego.

Po okresie badań klinicznych i szpitalnych następuje próba ogniowa zastosowania każdej nowej metody na szerokim i tak kalejdoskopowo zmiennym terenie walki z chorobą w praktyce prywatnej, gdzie nie *my* stwarzamy sztucznie warunki bytowania chorej jednostki, lecz przeciwnie warunki te *nas* do siebie naginają i zmuszają do bezwzględnego liczenia się z nimi.

Taką próbę ogniową surowica przeciwbłonicza już przeszła z rezultatem dodatnim jaknajświetniejszym.

Zaburzenia nosowo-gardłowo-krtaniowo-uszne w przebiegu cierpień dróg oddechowych wzgl. płuc.*)

Napisał Dr. Jan Sędziak (Warszawa)

—o—

Szanowni Panowie!

Zaburzenia nosowo-gardłowo-krtaniowo-uszne w przebiegu cierpień dolnego odcinka dróg oddechowych, wzgl. płuc zostały szczegółowo opracowane dopiero w ostatnich latach 20-tu. Pierwszy Loeri z Buda-Pesztu w r. 1885 w doskonałej swojej monografii. następnie zaś Haug z Monachium w r. 1903 poświęcili specjalne rozdziały tej kwestji—pierwszy odnośnie gardła i krtani, ostatni zaś—uszów.

Toż samo u nas w r. 1898 Sokołowski; zaś w latach następnych (1899—1900) Friedreich z Lipska, oraz Jonas z Liegnitz, którzy wykazali, że istnieje niewątpliwy związek przyczynowy między zaburzeniami nosowo-gardłowo-krtaniowo-usznemi z jednej, a cierpieniami dolnych dróg oddechowych wzgl. płuc z drugiej strony.

Związek ten może być dwojaki—mianowicie:

1) zaburzenia te drogą upośledzenia czynności fizjologicznych górnego odcinka dróg oddechowych, jako też drogą rozszerzania się „per continuitatem" sprawy chorobowej ku dołowi (t. zw. sprawy zstępujące) mogą wywoływać cierpienia dolnych dróg oddechowych wzgl. płuc, lub też

2) sprawy chorobowe dolnego odcinka dróg oddechowych wzgl. płuc drogą rozszerzania się ku górze (t. zw. sprawy wstępujące), następnie drogą ucisku, wreszcie zakażenia, np. w gruźlicy, mogą warunkować zaburzenia nosowo-gardłowo-krtaniowo-uszne.

Zacznę od pierwszych; wiadomem jest z fizjologji oddechania, że jamy nosowe, oraz noso-gardłowa przedewszystkiem oczyszczają powietrze wdechane od obcych cząstek, jako to pyłu, oraz bakterji, a to dzięki włoskom (vibrissae), u wejścia do nosa umiejscowionym, następnie wilgoci błony śluzowej, migawkom jej nabłonka, oraz odruchowi w postaci kichania; wreszcie prawdopodobnie odgrywają tu pewną rolę i własności bakterjobójcze śluzu nosowego, jak to mianowicie pierwsi wykazali eksperymentalnie Wurtz i Lermoyez, a co następnie potwierdził Schousbon.

Następnie jamy nosowe, oraz nosogardłowa ogrzewają, oraz nasycają wilgocią wdechane powietrze, jak to znowu dowiedli Aschenbrandt i Kayser, przyczem w dalszym ciągu krtań dzięki migawkom nabłonka błony śluzowej oczyszcza powietrze z domieszek szkodliwych, zaś nagłośnia chroni od przenikania ciał obcych do dolnych dróg oddechowych wzgl. płuc, przyczem ciała te dzięki odruchom kaszlowym zostają na wewnątrz wydalane.

Rzecz prosta, że zaburzenia w wyżej wymienionych czynnościach fizjologicz-

*) Rzecz wygłoszona na X-ym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w dniu 23-im Lipca 1907 roku).

nych górnego odcinka dróg oddechowych muszą się odbić ujemnie na dolnych drogach oddechowych wzgl. płucach, wywołując w tych ostatnich różnorodne sprawy chorobowe.

Tak więc wskutek wadliwego oddechania nosem, przy oddechaniu natomiast ustami np. przy obecności t. zw. wyrośli adenoidalnych w jamie noso-gardłowej, polipów nosowych i t. p. wytwarza się usposobienie do nieżytów oskrzeli i płuc, zwłaszcza t. zw. pylic (pneumoconioses), jako to chalicosis, siderosis, antrhracosis etc.

Jonas, dochodzący zresztą w swoich poglądach do przesady, niedrożność nosa czyni w większości przypadków odpowiedzialną w powstawaniu suchego, oraz surowiczego zapalenia opłucny, jako też rozedmy i niedodmy (atelectasis) płuc.

wskutek zmian chorobowych krtani i wzgl. nagłośni (znieczulenie błony śluzowej i t. p.) może nastąpić zapalenie płuc zakrztuśne (t. zw. Schluckpneumonie).

Jak już wspomniałem, jeszcze na innej drodze mogą występować choroby dolnego odcinka dróg oddechowych wzgl. płuc w przebiegu cierpień nosa, gardła, krtani, oraz uszów, mianowicie „per continuitatem," jak to np. ma miejsce w nieżytach ostrych, oraz przewlekłych, zwłaszcza zanikowych (t. zw. xerosis generalis respiratoria Stickera).

Do pewnego stopnia bywa to i w tak zw. twardzieli, która z jam nosowych wzgl. nosogardłowej (rhinoscleroma) może się rozszerzać na krtań, oraz oskrzela (laryngobronchoscleroma), jak to między innymi wykazał Schroetter, a u nas Baurowicz. Również spływająca przez trąbki Eustachiusza do jamy nosogardłowej, oraz gardła ropa w zapaleniu ropnem ucha środkowego może dawać też powód do spraw nieżytowych w dolnym odcinku dróg oddechowych, wzgl. płucach.

Wreszcie możliwemi tu są jeszcze t. zw. nerwice zwrotne, pochodzenia przeważnie nosowego, np. t. zw. astma nerwowa.

Nierównie jednakże częściej cierpienia dolnych dróg oddechowych wzgl. płuc dają powód do różnorodnych zaburzeń w nosie, gardle, krtani i uszach, przyczem i tu przynajmniej w większości przypadków między niemi daje się zauważyć związek przyczynowy. Oprócz, jak to już wspomniałem powyżej, nieżytów dolnych dróg oddechowych (oskrzela, płuca), powstających najczęściej „per continuitatem" drogą zstępującą, bywa acz rzadko i odwrotna droga, tj. mogą być nieżyty wstępujące górnych dróg oddechowych (rhino-pharyngo-laryngo-tracheitis ascendens), przyczem wskutek drażnienia wydzieliną oskrzelowo-płucną, następuje kaszel. W przebiegu rozedmy płuc mogą występować na błonie śluzowej górnych dróg oddechowych, oraz w uszach objawy zastoinowe z usposobieniem do krwawień.

Przy bronchitis putrida, oraz rozszerzeniu oskrzeli (bronchectasiae) chorzy skarżą się na uczucie palenia, lub drapania w gardle i krtani, połączone niekiedy z przykrym smakiem, co zależy od wykrztuszania obfitej wydzieliny śluzoropnej, cuchnącej (pharyngo-laryngitis sicca).

Loeri, oraz u nas Sokołowski spostrzegali w rozedmie płuc t. zw. ruchy paradoksalne strun głosowych tj. zbliżanie się podczas wdechu i odwrotnie rozchodzenie się podczas wydechu. Przy niedodmie płuc i oskrzeli (atelectasia), oraz w przebiegu bronchitidis capillaris—Wreden spostrzegał różnorodne cierpienia uszne, warunkowane według Lucaégo słabem przewietrzaniem trąbek Eustachiusza wskutek wadliwego oddechania nosem.

W ostrem zapaleniu płuc (pneumonia crouposa) Heinze i Landgraf spostrzegali owrzodzenia natury odleżynowej w okolicy wyrostków głosowych, analogiczne do tyfusowych, zaś Thornton—laryngitidem oedematosam, wreszcie Somers—porażenie rozwieraczy głośni.

W ogóle zaburzenia w górnym odcinku dróg oddechowych, oraz uszach w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego, zdaniem mojem, zdarzają się o wiele częściej, aniżeli się to przypuszcza; tak np. krwawienia nosowe (epistaxes) występują niekiedy, jako wczesny objaw, lub w przesileniu (crisis).

Zatoki boczne nosa również często bywają zajęte w tem cierpieniu, jak to mianowicie wykazał na trupach E. Fraenkel. W gardle również stosunkowo dość często występują zaburzenia w przebiegu ostrego zapalenia płuc, a nawet możliwą jest rzeczą, że i tu podobnie, jak i w innych sprawach zakaźnych ostrych, np. płonicy, oraz błonicy zarazek pierwotnie wywołuje zmiany chorobowe w migdałkach, a następnie dopiero w innych narządach. Pod nazwą „angine a pneumococques" opisał Jaccoud zajęcie gardła, przypominające przebiegiem swoim typowe zapalenie płuc krupowe, a więc zaczynające się również dreszczem wstrząsającym, wysoką gorączką z ostrem przesileniem (crisis) po upływie 7—8 dni.

Ostatnimi czasy Billot podał 2 przypadki anginae pneumobacillaris. Gautier również wspomina o zajęciu gardła, poprzedzającem zapalenie ostre płuc. Autor ten

odróżnia 5 postaci tego zajęcia: angina erythematosa, follicularis, pseudomembranacea, herpetica et purulenta.

Uszy stosunkowo rzadko bywają zajęte w zapaleniu ostrem płuc, zwłaszcza ostre ropne zapalenie ucha środkowego, które najczęściej występuje wkrótce po przesileniu, przytem zwykle przebieg bywa pomyślny: sprawa w 3—4 tygodnie zazwyczaj ustępuje bez żadnych następstw, choć nie zawsze, jak tego między innymi dowodzi przypadek Schwartze'go, w którym 6 go dnia po zapaleniu płuc krupowem wystąpiło zajęcie ucha środkowego z nekrozą wyrostka sutkowego, zakończoną trepanacyą tego ostatniego.

Podobnie jak „angines á pneumococques," acz rzadko i w uszach mogą się zdarzać sprawy analogiczne (otitis acuta, media pneumonica) według Zaufal'a, a co następnie potwierdzili Haug i Brieger, z czem natomiast nie zgadza się Friedrich.

Zaczynają się one również dreszczem wstrząsającym, 7-go zaś, lub 8-go dnia kończą się pomyślnie z nagłym spadkiem ciepłoty. Prawdopodobnie zależą one od swoistych pasorzytów zapalenia płuc, być może nieco słabszych, a więc niezdolnych do wywołania choroby typowej płucnej, natomiast dostatecznych dla wywołania cierpienia usznego, jak to mianowicie wykazali Bordoni—Uffreduzzi, oraz Gradenigo.

Netter i Rasch znajdywali często w ropie usznej w przebiegu ostrego zapalenia płuc typowe pneumokokki, mianowicie Rasch na 43 przypadki 33 razy.

Ze strony wreszcie ucha wewnętrznego występują nieznaczne tylko i to przejściowe zmiany w postaci szumu, warunkowane czasowem przekrwieniem błędnika.

Stosunkowo o wiele częściej zajęte bywają uszy w postaci nieżytowej zapalenia płuc u dzieci, zwłaszcza po odrze.

Truckenbrod na 10 tego rodzaju przypadków sekcyjnych, znalazł 6 razy ostre zapalenie ropne ucha środkowego; toż samo Haug, oraz Netter; ten ostatni w wydzielinie usznej w 20 przypadkach znalazł 13 razy gronkowca (staphylococcus) białego, (albus), 8 razy złocistego (aureus), wreszcie 5 razy pneumokokki. Haug zwraca słusznie uwagę pedjatrów na t. zwane pneumoniam cerebralem u dzieci, t. j. zapalenie płuc z objawami mózgowymi, zależne w wielu razach od zajęcia ucha środkowego, przyczem w odpowiednim czasie wykonane przebicie błony bębenkowej usuwa objawy mózgowe.

Co się tyczy zapalenia opłucny, oraz marskości płuc w następstwie t. zw. spraw pylicowych (Staubinhalstionskränkheit. pneumonoconioses), to stosunkowo często w tych cierpieniach były notowane porażenia nerwów wstecznych, (n. recurrentes), jak to mianowicie miało miejsce w przypadkach zapalenie opłucny Gerhardt'a, Schroetter'a, oraz Moeser'a jakoteż w przypadkach anthracosis pulmonum Baumler'a i Kohn'a. To ostatnie częściej ma warunkować porażenia krtani lewostronne wskutek ucisku stwardniałymi gruczołami oskrzelowymi po stronie lewej.

Ucisk na nerw wsteczny może też być warunkowany i samym stwardniałym wierzchołkiem płuca, jak tego dowodzą przypadki Jurasza i innych, a co i ja również miałem możność spostrzegania niejednokrotnie.

Takie porażenia nerwu wstecznego występują szczególnie często wskutek ucisku ze strony guzów śródpiersia; u dzieci najczęstszą przyczyną tych porażeń bywają powiększone gruczoły krtaniowo-tchawicze (ganglions peritrachéo-laryngiens według Gouguenheim'a i Leval-Pickeheff'a).

Oprócz porażeń strun głosowych guzy śródpiersia mogą też wywołać mechaniczne skrzywienie (dislocatio) krtani i tchawicy, wzgl. zwężenie tych ostatnich.

Najczęściej ma to miejsce przy obecności wola (struma), zaś w przypadkach powiększonej grasicy (glandula thymus) u dzieci często bywa utrudnienie oddechu t. zw. stridor inspiratorius, jak to między innymi spostrzegali Siegel i Avellis.

Na szczególną uwagę zasługują zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych, oraz uszach w przebiegu gruźlicy płuc. Na przeszło 21000 chorych, spostrzeganych w prywatnej, oraz leczniczej praktyce w ciągu lat 17 spostrzegałem 1212 przypadków gruźlicy górnych dróg oddechowych, co stanowi więc przeszło 5%, zaś na ogólną cyfrę 2604 przypadków gruźlicy płuc przeszło 46%.

Zmiany te mogą być albo natury nieswoistej, t. j. polegać na nieżytach zwykłych, przerostowych, lub zanikowych błony śluzowej, co zwłaszcza w symptomatologji, oraz leczeniu samej gruźlicy płuc może mieć znaczenie pierwszorzędne, lub też mamy tu do czynienia z takiemiż zmianami t. j. natury gruźliczej. Te ostatnie, jak wiadomo, wyjątkowo tylko występują pierwotnie w nosie, gardle, krtani i uszach, warunkując zakażenie wtórne dolnych dróg oskrzelowych t. j. płuc, za pośrednictwem powietrza, oraz pokarmów, w większości natomiast przypadków są to postacie wtórne, towarzyszące gruźlicy płuc, przyczem zakażenie górnych dróg oddechowych może nastąpić albo

od wewnątrz — drogą naczyń krwionośnych i chłonnych, jak mianowicie utrzymują laryngolodzy ze Schroetterem na czele, lub od zewnątrz drogą, bezpośredniego zakażenia błony śluzowej plwociną, zawierającą laseczniki gruźlicze — pogląd anatomopatologów (Orth, E. Fraenkel.

Tak, czy owak są to powikłania natury poważniejszej, zwłaszcza tyczy się to gruźlicy krtani, która pod względem częstości ustępuje tylko opłucnej i kiszkom, jak tego dowodzą dane sekcyjne Krokiewicza z Krakowa. Częstość ta wynosi 13,6%.

Jeszcze większą odsetkę dostarczają nam dane kliniczne, mianowicie 17,19% w sanatorjach (Cozzolino), oraz 30% w szpitalach (Schech); w mojej zaś praktyce przeszło 36% (t. j. na 2604 przypadków gruźlicy płuc 940 przyp. gruźlicy krtani). Gruźlica wtórna krtani występuje pod 3 głównemi postaciami: nacieczeń, owrzodzeń, oraz najrzadziej—guzów (tuberculoma); znamiennem dla tego cierpienia jest umiejscowienie w przestrzeni międzynalewkowej, czyli t. zw. rimula, gdzie najczęściej występuje ono w postaci niezmiernie znamiennych wyniosłości (excrescentio); również stosunkowo często występuje gruźlica w krtani pod postacią nacieczenia jednej, lub obu chrząstek nalewkowych (perichondritis arytaenoidea), oraz nacieczenia nagłośni w postaci grubego wału utrudniającego połykanie.

Rzadziej już mamy do czynienia z gruźlicą wtórna gardła, oraz jamy ustnej (przypadków 114 w mojej praktyce), które natomiast, mianowicie migdałki podniebienne, językowy, a także gardzielowy (Luschka'i) najczęstszem są siedliskiem gruźlicy pierwotnej, jak tego dowodzą dane sekcyjne wzgl. anatomo-patologiczne Bernheim'a, Strassmann'a, a u nas—Dmochowskiego.

Gruźlica wtórna jamy ustnej najczęściej występuje na miękkiem podniebieniu pod postacią owrzodzeń, rzadkiej na migdałach, oraz tylnej ścianie gardła.

Jeszcze rzadziej zdarza się gruźlica wtórna nosa, co się tłomaczy warunkami miejscowymi, wogóle niesprzyjającymi zakażeniu, o czem powyżej wspomniałem.

Przypadków tego rodzajn mam zanotowanych w swojej praktyce 50.

Ulubionym siedliskiem gruźlicy w nosie, zwłaszcza guzów gruźliczych, bywa przegroda nosowa, przyczem przeważnie są to zmiany pierwotne, z wtórnych przeważnie bywają nacieczenia z owrzodzeniami, wreszcie bywa i zajęcie pierwotne kości nosowych z wtórnem zajęciem błony śluzowej. Częściej stosunkowo bywa gruźlica uszów (108 przyp. w mojej praktyce). E. Fraenkel na 50 przypadków gruźlicy płuc na sekcjach znajdował w 29, a więc przeszło w połowie przyp. zmiany gruźlicze w uszach, natomiast w sanatorjach gruźlica narządu słuchowego była o wiele rzadziej spostrzegana (3,7% Turban). Ja również jestem zdania, że gruźlica uszów spotyka się o wiele częściej, aniżeli się to przypuszcza, zbyt rzadko niestety, dokonywa się badania drobnowidzowego ropy usznej na zawartość laseczników gruźliczych w przypadkach gruźlicy płuc, co zresztą nie zawsze się udaje (w 36 na 108 moich przyp. oraz w 12 na 40 w przyp. Nathan'a i 5 na 26 u Habermann'a.

Źródłem zakażenia w gruźlicy usznej wtórnej są najczęściej naczynia chłonne, Barnick przyjmuje również haematogenne pochodzenie tego cierpienia, wreszcie możliwą jest infekcja przez trąbki Eustachiusza za pośrednictwem plwociny gruźliczej. Znamieniem dla otitis purulenta media tuberculosa jest bezbolesność, oraz występowanie w okresach końcowych gruźlicy płuc, następnie— trudne gojenie się, przyczem przedziurawienie błony bębenkowej bywa zwykle duże, często 2 i więcej, wogóle szybko następuje znaczne zniszczenie tej ostatniej, oraz próchnienie (caries) kosteczek słuchowych, połączone z obfitem wydzielaniem rzadkiej ropy, wraz nagłem osłabieniem słuchu. Częściej przytem jakoby bywa zajęcie lewego ucha, co według Bone'a ma być w związku z częstszem wogóle zajęciem lewego płuca; często też bywa zajęcie wyrostka sutkowego (caries-necrosis), zwykle wtórne (Küster), sam wyrostek przytem jest niebolesny; często bywa wreszcie przejście sprawy chorobowej na opony mózgowe.



Spostrzeżenia z praktyki.

I. Niedrożność jelit w drugiej połowie ciąży.

18-VI r. b. wezwano mnie do żony gospodarza wioski Grabowiec, Zofji Dob., lat 35. Chora zapadła 16-go późnym wieczorem przy objawach silnychbólów brzucha i mocnych a częstych wymiotów. 17-go felczer fabryczny zastosował kalomel, rycynę i kilka lawatyw za pomocą klizopompy, wlewając po $1^1/_2$ litra letniej wody; zabiegi nie odniosły skutku; chorej dano inf. sennae compositum. Kiedy widziałem chorą, wymioty i boleści wzmagały się coraz gwałtowniej; wymioty treścią zielonkawą, mocno gorzką. Innych skarg chora niema, jest mocno osłabiona, nie śpi, nie przyjmuje pożywienia.

Chora wieloródka, często cierpiała bóle w brzuchu, lecz niezbyt silne. Żadnych chorób ciężkich nie przechodziła. Budowy prawidłowej, odżywienia wątłego, połogi przebywała prawidłowe, dość szybko i przy dużych bólach. Obecnie liczy sobie 8-my (normalny) miesiąc ciąży. Przy badaniu w organach wewnętrznych żadnych zmian nie wykryłem. Brzuch wzdęty, przy obmacywaniu bolesny na całej przestrzeni, przedmiotowo—najwięcej przy pępku. Dno macicy pomiedzy pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym, bliżej tego ostatniego. Żadnej przeszkody w brzuchu wyczuć nie mogłem. Tętno 96, średnio napięte, stan bezgorączkowy.

Zastrzyknąłem w powłoki brzuszne 0.001 atropini sulfur. c. morphio, jak w 3 opisanych w № 10 „Czasopisma Lek." z r. 1903 przypadkach niedrożności jelit. Żadnych objawów zatrucia, tylko tętno podniosło się do 120 uderzeń na minutę. 2 razy lawatywy podług H e g a r a z wody letniej po 2 litry-bez skutku. Było to przed południem; wieczorem zastrzyknąłem chorej 0.005 atropini s. + 0.0125 morphii m., przedtem 0.1 kamfory w eterze. Lawatywy z klizopompy—bez skutku.

Po pierwszem zastrzyknięciu bóle i wymioty ustąpiły aż do wieczora, po drugiem—chora spała do 5 rano; objawów zatrucia nie było, tylko nieznaczna suchość w gardle; tętno 124.

19 rano znowu silne bóle; wymioty, stan ogólny gorszy, tętno 118, chora mocna cierpi. Zastosowałem ponownie opisany zabieg: kamfora, atropina i lawatywy; poczem zapronowałem bezwłoczne odwiezienie chorej do szpitala w Płocku (5 mil bocznej drogi). Rodzina się na to nie zgadza i proponuje mi dalsze prowadzenie kuracji.

Z uwagi na groźny stan chorej, a względną zdolność do życia dziecka, postanowiłem rozwiązać chorą w kilka godzin po wyliczonych injekcjach. O 3-ej po poł. chora czuła się względnie dobrze; tętno 120, lepszego napięcia.

Badanie wewnętrzne wykazuje położenie płodu podłużne, główkowe, bicie serca po stronie lewej Wewnętrzne badanie macicy nie wykazuje rozpoczęcia się sprawy wydalenia płodu. Przez lustro dwuramienne wytamponowałem szczelnie pochwę wyjałowioną gazą. W godzinę dość silne bóle; chora nie zdaje sobie sprawy, czy to bóle na połóg, czy powracają dawne cierpienia. Po wyjęciu tamponów zastałem otwór na 3 palce, przodowanie rączki za pęcherzem, główkę wysoko; kolpeuryza. O 6-ej silne bóle krzyżowe; o $6^1/_2$ zupełny zanik bólow. Badanie chorej o 7 ej pp. wykazuje otwarcie na 4 palce; ułożenie płodu jak uprzednio. Wobec braku bólów wprowadzam rękę do pochwy, 4-ma palcami prawej przebijam pęcherz, odpycham główkę; lewą ręką udaje się naprowadzić przez powłoki nóżkę, którą ściągam do pochwy (prawa). Przez powolne pociąganie rodzi się płód do główki; wyswobodzenie główki; dziecko w lekkiem omdleniu, docucone szybko, wygląda na 9 miesiąc księżycowy. Chora czuje się dobrze, bólów niema. Po $1^1/_2$ godziny oczekiwania strasznie mocne bole, przy których odchodzi łożysko; bóle nie ustępują, zjawia się gorzkie odbijanie. Injekcje: 0.0025 atropini c. morphio, 0.1 kamfory, 0.2 ergotini Bombelon. Chora czuje się dobrze. Brzuch wzdęty, bolesny. Odjeżdżając o 1-ej w nocy zapisałem Solution. atropini sulphur. e 0,3: 10.0 cum. 0.12 morphii mur., zaleciwszy 3 r. dz. po 5 kropli (=na raz 0.001 atropiny); prócz tego sporysz.

Od 20-23-go mąż chorej informuje mnie codziennie, że żona czuje się względnie dobrze, przyjmując krople.

24 przed południem odwiedziłem chorą. Stan ogólny nie najgorszy. Tętno 120, dość słabe, brzuch mocno bolesny, najwięcej w okolicy pępka. Z prawej stro-

ny pępka zarysowane kontury kiszki; w tem to miejscu wyczuwa się wałek koło 15 cm. długi, Snbinvolutio uteri normalis. T° 38°.4. Przez rurkę Hegara, połączoną z syfonem wody sodowej wpuściłem $^1/_2$ litra wody (przy dalszem wlewaniu woda wracała). Następnie trzykrotnie lawatywy zwyczajną szprycą pęcherzową przez sondę żołądkową, wprowadzoną na 12 cm. w kiszkę; za każdym razem wlewałem po $1^1/_2$—2 litrów letniej słonej wody. Dawniej chora wodę zaraz oddawała, teraz zatrzymywała do 15 minut, potem wraz z wodą odchodziły cuchnące gazy. Poleciłem stosować podobne wlewania co 3 godziny, dodając na $1^1/_2$ litra 2 3 łyżek infus. Sennae composit. Przed wyjazdem dwukrotnie przemyłem żołądek; za każdym razem odeszła treść zielona, cuchnąca; po pierwszem przemyciu askaryda 10 cm. długa.

Odjechałem chorą o 4 po poł.; nad ranem po kilku lawatywach (atropinę przyjmowała w dalszym ciągu) obfite wypróżnienie zgęszczonymi kawałkami (słowa męża); askaryd nie było. Stan chorej stopniowo coraz lepszy. Wyzdrowienie.

Podając do ogólnej wiadomości powyższy przypadek kazuistyczny, chciałem raz jeszcze potwierdzić skuteczność atropiny w niedrożności jelit w ciąży tak daleko posuniętej, chciałem też przytoczyć motywy, jakie mną powodowały, rozwiązując chorą. Najważniejszą pobudką do wywołania porodu był groźny stan matki, a więc obowiązek ratowania dziecka (które w tym wypadku żyło tylko dobę). Przeszkody w kiszkach nie mogłem wyczuć ani z boku macicy, ani nad takową; należało przypuszczać, że może tkwić w kiszkach z tyłu macicy położonych. W tym zaś wypadku rozwiązanie miało znaczenie dyagnostyczne, a może i terapeutyczny przez zmniejszenie ucisku macicy. W istocie, w kilka dni po porodzie udało się wyczuć przeszkodę, której umiejscowienie należy odnieść do jelita cienkiego, sądząc z położenia przy pępku i z możliwości wprowadzenia do kiszki naraz dużych ilości płynu. —

II. Przypadek odmy urazowej całkowitej zamkniętej.

2 października r. z. dostawiono mi do ambulatorjum fabrycznego fornala z dominium Sannickiego, Kazimierza Fab., siaka, lat 47, którego konie odrzuciły w lesie na drzewo. Od silnego uderzenia w prawy bok chory uległ następującym obrażeniom zewnętrznym: 1) złamaniu prawego obojczyka na 3 cm. od zewnętrznego brzegu; 2) złamaniu skośnemu 7 żebra w linji pachowej prawej tylnej i 3) nadpęknięciu 7 żebra tuż pod złamaniem 7-go.

Chory, cały oblany zimnym potem, przestraszony, o twarzy sinej i obrzmiałych żyłach powierzchownych, skarży się na bardzo mocny ból w piersiach w miejscu złamanego żebra; ma straszną duszność i brak powietrza; okna każe roztwierać; przybiera pozycyę siedzącą, lub á la vache z rękami opartemi o poduszki. Pierś mocno faluje, oddechów 42-60 na minutę. Głos słaby, ledwie słyszalny. Trzeszczenie podskórne od szyi i górnych kończyn rozprzestrzenia się na całe tułowie.

Przy oględzinach klatki piersiowej znalazłem, co następuje. Prawa strona piersiowej wypuklona, międzyżebrza napięte, b. bolesne nad i pod miejscem złamania. Prawa strona przyjmuje bardzo nieznaczny udział w oddychaniu, wdechy następują po sobie szybko z przerwami od czasu do czasu. Chory przegina się na stronę uszkodzoną. Odgłos opukowy strony prawej nizki i głośny; drżenie klatki piersiowej i przewodnictwo głosu zniesione, oddech niesłyszalny. W drugiem płucu oddech wzmożony, pozatem zmian żadnych. Wątroba wyczuwalna. Prawy brzeg serca określić się nie daje i tony sercowe głośne. Tętno 124, słabego napięcia; temperatura 36°7. Chorego widziałem o 1-ej po poł., wypadek przytrafił się po 11-ej. Injekcja morfiny. Do 4-ej po poł. stan się pogarszał, obrzęk i trzeszczenia podskórne coraz wydatniejsze. Od 4-ej czuje się chory jednakowo, nie może spac ani leżeć.

3/X opatrunek Sayre'a z przylepca na złamany obojczyk; chory oddycha lepiej i nie tak często. Tętno 120 lepszego napięcia; spać nie może, pozycyi nie zmienia, przyjmuje tylko wodę. Objawy fizykalne jak wczoraj. Przy opukiwaniu rękojeścią młotka po plesymetrze z przodu prawego płuca, wysłuchuje się z tyłu dźwięk wyraźnie metaliczny. Morfium wewnątrz.

4/X. Stan jeszcze ciężki. Oddech nieco słyszalny. Ciche szmery oskrzelowe prawostronne. Suchy kaszel. Codeinum.

5/X. Stan lepszy; duszność i ból mniej męczą chorego; może drzemać krótko, leżąc na prawym boku. Szmery oskrzelowe wyraźniejsze. Chory spożywa po trochu mleko, rosół, wino.

6, 7 i 8 stan względnie lepszy, choć ból jeszcze dotkliwy i duszność duża; oddechów do 40 na minutę z przerwami, tętno koło 100. Stan bezgorączkowy ciągle.

9 i 10-go duszność dużo mniejsza, trzeszczenie podskórne delikatne, tętno 92, średniego napięcia. Chory śpi 3·5 godzin na dobę; przeważnie siedzi w łóżku. Oddech nieokreślony, szmery oskrzelowe słychać wyraźnie, objawu dźwięku metalicznego brak; kaszel suchy, męczący; ból silny przy ucisku międzyżebrza nad i pod złamanem żebrem. Infus. senegae c. liqu. ammon. anisat. Na noc morfium.

13/X Trzeszczenie podskórne znika. Sinicy niema. Duszność niewielka. Ton opukowy normalny; oddech chorej strony osłabiony; głos słyszalny gorzej jak po stronie lewej. Asymetrja klatki piersiowej niewielka. Tętno 88. Oddechów koło 24 na minutę.

16/X Kaszel słabszy, duszność mała; oddech głośniejszy i przewodnictwo głosowe dosyć wyraźne. Codeinum.

22/X Ton opukowy normalny; oddech nieco słabszy; przewodnictwo głosowe nie upośledzone. Szmery oskrzelowe rozrzucone w obu płucach. Pozostała niewielka duszność i kaszel suchy. Zaleciłem proszki Dowera.

15 Listopada badałem chorego i żadnych zmian w płucach nie wykryłem. Żebro zrośnięte, obojczyk nieco krzywy, gdyż chory w pierwszych dniach często psuł opatrunek. Ruchy prawej ręki swobodne. Chory czuje się dobrze, twierdzi tylko, że niema już „tak zdrowego boku, jak dawniej".

Powyższe objawy świadczą o wypadku przebicia opłucnej i płuca odłamkiem żebra. Płuco szybko się skurczyło, a część powietrza wydostała się z jamy opłucnej, — ztąd trzeszczenie podskórne i obrzęk. Dzięki odmie zamkniętej i możliwości wydostania się części powietrza do klatki piersiowej powstałe powietrze wessało się dość szybko, a przebieg choroby był względnie łagodny i pomyślny.

Chorego widziałem ostatnio w marcu, radził się z powodu kaszlu ponownego, który jednak szybko ustąpił.

Dr. Witold Piasecki
lekarz fabryczny z Sannik.



X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Po siedmioletniej przerwie, ciężkich burzach w jednym z zaborów, w którym i po dziś dzień panują stosunki zgoła niesprzyjające pracy naukowej—zebrał się X Zjazd i pokrzepił ducha zarówno nastrojem ogólnym, jak też istotną wartością strawy naukowej.

Przegląd prac Zjazdu, w którym to przeglądzie uwzględnimy jedynie to, co ogół lekarzy—praktyków więcej interesuje, rozpoczynamy od sprawowania z posiedzeń Ogólnych.

Zjazd rozpoczęty został od nabożeństwa, celebrowanego przez Ks. Biskupa Bandrowskiego.

Na pierwszem zebraniu ogólnym powitał zebranych Przewodniczący Komitetu gospodarczego, prof. Bylicki.

Prezesem kierującym Zjazdu wybrano dr. Kwaśniewskiego z Krakowa.

Wiceprezesem kierującym dr. Panieńskiego z Poznania.

Prezesami honorowymi Zjazdu: prof. dr. Browicza z Krakowa, prof. dr. Godlewskiego z Krakowa, prof. pr. Kosińskiego z Warszawy, dr. A. Sokołowskiego z Warszawy i prof. Wicherkiewicza z Krakowa.

Wiceprezesami honorowymi: dr. Gosiewskiego z Warszawy, prof. dr. Janêcka z Zagrzebja, dr. Karwowskiego z Poznania, dr. Kurtza z Warszawy, dr. Łazarewicza z Poznania, prof. dr. Messynga z Petersburga, prof. dr. Morozewicza z Krakowa, prof. dr. Rosnera z Krakowa i dr. Werychę z Warszawy.

Sekretarzami pana Tura z Warszawy i dr. Kwiatkiewicza ze Lwowa.

Tym sposobem medycynę Królestwa w Prezydjum reprezentowali: Prof. Juljan Kosiński, Dr. Alfred Sokołowski i Dr. Stanisław Kurtz.

Prezes, dr. Kwaśnicki, dziękując zą wybór, który padł nie na uczestnika Zjazdu, posiadającego wysoki stopień naukowy, lub wybitne stanowisko, lecz na lekarza-szeregowca, udziela głosu prezydento-

wi miasta Lwowa p. Ciuchcińskiemu, który wita imieniem Rady Lwowskiej zebranych. Imieniem ces. król. Rządu powitał uczestników Protomedyk radzca dworu dr. Merunowicz.

W dalszym ciągu przemawiali przedstawiciele ognisk naukowych: Prof. Kostanecki—delegat krakowskiej akademii umiejętności. Rektor uniw. lwowsk., profesor dr. Szczęsny Gryziecki, prorektor politechniki prof. Leon Syroczyński, rektor akademii weterynarji prof. dr. Józef Szpilman, dyrektor akademii rolniczej w Dublanach prof. dr. Mikułowski-Pomorski. Po tych przemówieniach witali Zjazd Delegaci Towarzystw mianowicie: Dr. Eugeniusz Ozarkiewicz (po rusku) przedstawiciel ruskiego Tow. naukowego im. Szewczenki i lecznicy narodowej; prof. dr. Marjan Smoluchowski imieniem Tow. przyrodn. im. Kopernika; prof. dr. Antoni Gluziński imieniem Tow. lekarskiego lwowskiego.

Po odczytaniu licznych telegramów i spisu delegatów instytucyi naukowych i towarzystw miał odczyt dr. Władysław Biegański z Częstochowy na temat „O współczesnej filozofii przyrody“

Następnie prof. dr. Ciechanowski, sekretarz stałej delegacyi, przedstawił następujące wnioski przyjęte przez aklamacyę.

I.

X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907 uchwała:

1) Zjazd wyraża podziękowanie Wydziałowi gospodarczemu za uczczenie pamięci Marcelego Nenckiego trwałym pomnikiem we Lwowie.

2) Zjazd z radością wita inicjatywę Świetnej Reprezentacyi miasta Krakowa w uczczeniu pamięci Henryka Jordana trwałym pomnikiem.

3) Zjazd wyraża podziękowanie „Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu za wydanie „Słownika lekarskiego“, torującego drogę do ujednostajnienia polskiego mianownictwa lekarskiego.

II.

X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907 uchwala ponowić rezolucje dawniejszych Zjazdów w następujących sprawach:

1) Uznając konieczność szybszych ulepszeń w zakresie szpitalnictwa w Galicyi, poleca Zjazd Delegacji stałej, by na podstawie zebranych już materjałów przedło-przedłożyła Wysokiemu Sejmowi niezwłocznie odpowiedni memorjał.

2) Zjazd uznaje konieczność szybkiej organizacji okręgowej służby zdrowia w Galicji, i poleca Delegacji, by przedłożyła Wysokiemu Sejmowi niezwłocznie odpowiedni memorjał na zasadzie danych, o które uprosi krajową Radę zdrowia.

3) Zjazd uważa za pożądane, by Wysoki Wydział krajowy otoczył zdrojowiska galicyjskie jaknajtroskliwszą opieką i dla łatwiejszego osiągnięcia tego celu ustanowił zawodowego referenta; Zjazd uważa za konieczne stworzenie dla zdrojowisk taniego i łatwego kredytu. Zjazd poleca Delegacji, by na zasadzie danych, zebranych przez ankietę balneologiczną z r. 1906, podjęła u Wys. Wydziału krajowego stosowne starania, uprasza zaś Towarzystwo balneologów polskich i wydział zdrojowisk warszawskiego Towarzystwa hygienicznego o dalszą jaknajenergiczniejszą akcję w kierunku rozwoju zdrojownictwa polskiego.

4) Zjazd uprasza polskie Towarzystwa hygieniczne o podjęcie szerszej akcji w kierunku hygieny mieszkań i kąpieli ludowych. W tym względzie oprócz rozpowszechniania planów i kosztorysów łaźni ludowych, których gotową jest udzielić miastom Kasa Oszczędności miasta Krakowa, oraz rozpowszechniania planów tanich a hygienicznych budynków mieszkalnych, przyczem zwrócić się należy o pomoc do duchowieństwa i (w Galicyi) do nauczycielstwa, pożądane są petycje do zarządów większych miast o budowanie tanich mieszkań robotniczych i łaźni ludowych, na poprawę zaś hygieniczną mieszkań dla robotników rolnych należy starać się wpłynąć za pośrednictwem Towarzystw rolniczych.

5) Zjazd uprasza polskie Towarzystwa hygieniczne, by wniosły petycje do konsystorzów, wskazując na potrzebę systematycznej nauki hygieny w seminarjach duchownych.

6) Zjazd uprasza Towarzystwa hygieniczne i lekarskie w Galicyi, by wniosły do Rady szkolnej krajowej petycje w sprawie dalszego krzewienia zabaw ruchowych w szkołach, tworzenia boisk i powołania do rady stałego członka z grona krajowej Rady zdrowia, — zaś do wydziału krajowego i Reprezentancji miast większych petycje o częściowe przynajmniej załatwienie sprawy lekarzy szkolnych w zakresie szkolnictwa ludowego.

7) Zjazd wyraża życzenie, by sekcje przeciwgruźlicze polskich Towarzystw hygienicznych i lekarskich przedstawiły na Zjeździe następnym statystykę gruźlicy wedle uchwał IX Zjazdu i by rozwinęły działanie w kierunku utworzenia dyspenzatorjów dla

chorych na gruźlicę, szpitalnego leczenia wczesnych okresów tej choroby (tworzenia osobnych oddziałów) i w kierunku zapobieganie tej chorobia.

X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907 uchwała:

Regulamin miejscowych Komitetów zjazdowych lekarsko-przyrodniczych.

(Według projektu dr. Józefa Jaworskiego z Warszawy, przyjętego przez warszawski komitet X Zjazdu, zatwierdzonego i rozszerzonego przez Delegację lekarzy i przyrodników polskich.)

I. Cele.

Miejscowe Komitety zjazdowe mają na celu:

A. Propagandę co do szerszego uczestnictwa w Zjeździe.

B. Organizację oddzielnych wydziałów naukowych według specyalności.

C Udział w przygotowaniu prac naukowych dla obesłania niemi Zjazdu.

Komitety powstają po ogłoszeniu miejsca i terminu Zjazdu w miastach polskich, posiadających Towarzystwa lekarskie lub przyrodnicze. W danym razie przypomni Delegacja Zjazdów Towarzystwom tym potrzebę zawiązania Komitetu.

II. Skład.

Każdy Komitet składa się z przedstawicieli oddzielnych specjalności, po jednym dla każdej specjalności, z wyjątkiem medycyny teoretycznej, medycyny wewnętrznej i chirurgii, które posiadają po 2 przedstawicieli, przedstawiciela spraw Wystawy zjazdowej, oraz z zamieszkałych w danem mieście członk w Delegacyi stałej Zjazdów.

Predstawiciele powołani bywają każdorazowo na dany Zjazd, drogą wyboru przez Towarzystwa lekarskie i przyrodnicze, na wniosek Zarządów Towarzystw.

Zarząd Towarzystwa zawiadamia o wyborze osób przedstawicieli Wydziału gospodarczego Zjazdu i Delegację Zjazdów.

Uwaga. Komitety miejscowe przy Towarzystwach lekarskich prowincjonalnych, o ile zechcą, wybierają delegata do komitetów w miastach stołecznych.

III. Czynności Komitetów.

A) Komitety odbywają perjodycznie, od chwili oznaczenia terminu i miejsca Zjazdu, posiedzenia organizacyjne, zwoływane przez swego gospodarza, lub jego zastępcę, powołanych z wyboru.

Wyniki tych narad komunikowane są Członkom stałej Delegacji zjazdowej, o ile oni nie uczestniczą w naradach.

B) Komitety znoszą się w sprawach natury ogólnej z Wydziałem gospodarczym czynnym w miejscu mającego się odbyć Zjazdu przez swego gospodarza, z Delegacją stałą Zjazdów w miarę potrzeby—przez zamieszkałego w danej miejscowości członka Delegacji.

C) Przez oddzielnych przedstawicieli z gospodarzami poszczególnych wydziałów, a przez przedstawiciela wystawy z Dyrekcją Wystawy zjazdowej.

D) Przez swoich oddzielnych przedstawicieli zwołują posiedzenia specyalistów.

1. W celu wyboru tematów dla wykładów zbiorowych i wyboru tematów dla wykładów samodzielnych.

2. W celu omówienia w gronie specjalistów organizacji pracy dla należytego obesłania danego wydziału.

3. W celu wzajemnego informowania się o postępie prac przygotowawczych na Zjazd.

4) W celu informowania o czynnościach:

a) Wydziału gospodarczego;

b) Oddzielnych wydziałów naukowych w miejscu mającego się odbyc Zjazdu.

c) Dyrekcji Wystawy zjazdowej.

Uwaga. Wszystkie czynności te przedstawiciele załatwiają i z kolegami na prowincji.

Miejscowy Komitet zjazdowy w Warszawie znosi się w sprawach naukowych Zjazdu z lekarzami-rodakami, zamieszkałymi w miastach cesarstwa rosyjskiego, procz tych miast, w których istnieją osobne polskie Towarzystwa lekarskie lub przyrodnicze.

Czynności miejscowych Komitetów zjazdowych kończą się z chwilą rozpoczęcia się Zjazdu.

Prof. Rydygier ze Lwowa, wygłosił wykład: „w sprawie akcyi przeciwrakowej". stawiając następujące tezy:

1) Trzymając się zasady, że od tego rozpocząć należy, co najłatwiej i najpewniej osięgnąć można, trzebaby przedewszystkiem starać się o to, żeby jedynie dziś mo liwe leczenie raka t. j. operacyjne, dawało jak najlepsze wyniki. Trzeba więc uświadamiać społeczeństwo, by wczas z podejrzanemi guzami i t. p. chorobami pacjenci się do lekarzy udawali. 2) Ponieważ znaczna część rakowatych pozostanie na razie nieuleczalną, trzeba dla nich stworzyć przytułki na szerszą skalę. 3) Dalszem zadaniem naszem byłoby krytyczne badanie i wypróbowanie nowych, a tak zalecanych środków leczniczych. 4) Najważniejszem, najidealniejszem i ostatecznem naszem zadaniem będzie stosowanie wszystkich środków, jakimi rozporządza me-

dycyna nowoczesna, by poznać istotę raka; a więc współdziałać muszą prócz lekarzy i bakterjolodzy, anatomowie i chemicy, botanicy i weterynarze. Co do instytutów, przeznaczonych dla rakowatych, jest mówca zdania, iż ze względów humanitarnych należy do oddziałów tych przyjmować także chorych z innymi nowotworami, a mianowicie i łagodnymi, jak adenomatami, lipomatami i t. p., co odbierze grozę tym zakładom w oczach chorych, do nich wysłanych, a w niczem nie przeszkodzi celowi głównego ich przeznaczenia.

Po południu pierwszego dnia kongresu rozpoczęła się ożywiona praca w sekcyach, których było 27.

Wieczorem tego dnia odbył się na cześć uczestników wielki raut w ratuszu, gdzie prezydent miasta, pan Ciuchciński z wiceprezydentami drem Rutowskim i Neumannem, podejmowali licznie zebranych (bo liczba ich dochodziła do 2000) gości.

Nazajutrz, w drugim dniu zjazdu, rozpoczęła się dalsza praca ws ekcyach. W dniu tym odbyło się także zbiorowe posiedzenie w sprawie alkoholizmu, gospodarzem posiedzenia tego był prof. dr. St. Bądzyński, zaś głównym referentem prof. Popielski, który mówił: „O działaniu alkoholu na fizjologiczne czynności organizmu w świetle obcych i własnych badań“.

W południe o godzinie 1 odbyła się uroczystość odsłonięcia pomnika Marcelego Nenckiego.

Po południu na posiedzeniu zjednoczonych sekcji przyrodniczych zobrazowała doniosłość naukowych zasług Nenckiego dla całego świata długoletnia współpracowniczka Jego, pani prof. Sieberowa, umyślnie w tym celu na zjazd przybyła.

W czwartek przed południem dnia 25 lipca, w ostatnim dniu Zjazdu kończyły sekcje swoje prace, po południu o godz. 3 wypełnili uczestnicy zebrali się w sali teatru miejskiego, w której się odbyło drugie ogólne zgromadzenie i zamknięcie Zjazdu.

Po odczytaniu telegramów nadesłanych w ciągu Zjazdu wygłosił odczyt prof. dr. Władysław Rothert z Odessy: „O ewolucji poglądów na odżywianie się organizmów roślinnych“.

W skład stałej Delegacyi wybrani zostali: Prof. dr. Wład. Bylicki Lwów, prof. dr. Stan. Ciechanowski Kraków, prof. dr. Juliusz Kosiński Warszawa, dr. August Kwaśniewski Kraków, prof. dr. Emil Godlewski Kraków, dr. Heliodor Święcicki Poznań, dr. Merunowicz Lwów. Zastępcami wybrani zostali: Dr. Karol Rychliński Warszawa, Józef Leski (dyr. muzeum przemysłowego), dr. Łazarewicz Stan. Poznań, prof. dr. Morozowicz Kraków, prof. Dr. Kaź. Twardowski Lwów.

Sekretarz główny doc. dr. Sulisławski odczytał uchwały poszczególnych sekcji — między innemi wniosek sekcyi matematyczno-fizycznej o wysłanie depeszy do pani Curie-Skłodowskiej: „X Zjazd lek. i przyr. polskich we Lwowie wyraża swój hołd tyle owocnym Jej pracom naukowych i niezapomnianej pamięci Jej małżonka“ oraz wniosek sekcji wychowania fizycznego o wyrażeniu hołdu i czci dla niespożytach zasług prof. dr. Henryka Jordana na ręce wdowy pani Henrykowej Jordanowej.

Dalej powzięto uchwałę, by Stała Delegacja poczyniła starania, aby przyszły Zjazd odbył się w Warszawie.

Przewodniczący dr. Kwaśnicki podziękował następnie Reprezentacji miasta, Komitetowi, który przygotował ten Zjazd, a szczególniej prezesowi jego prof. drowi Bylickiemu, sekretarzowi generalnemu doc. drowi Szulisławkiemu, redaktorowi Dziennika Zjazdu“ prof. drowi Sierackiemu, skarbnikowi drowi Papéemu, dyrektorowi wystawy drowi Krzyżanowskiemu i wszystkim, którzy bezpośrednio lub pośrednio przyczynili się do uświetnienia Zjazdu.

Sekcja chirurgiczna*).

Sekcja chirurgiczna X Zjazdu lekarzy i przyrodników jest zarazem XIV Zjazdem chirurgów polskich.

Posiedzenie I. Uchwalono następny Zjazd chirurgów zwołać w Warszawie. Przewodnictwo obejmuje prof. Kosiński.

1) Dr. B. Motz (Paryż) mówi „O rakach gruczołu krokowego“. Czy jest możliwą rzeczą rozpoznać wcześnie nowotwór złośliwy gruczołu krokowego? Jest to prawie niemożliwą rzeczą. Charłactwa zwykle tu brak, nowotwory rozwijają się skrycie i często rozpoznać je możemy za późno. Częstymi objawami nowotworów stercza są: krwiomocz występujący dość wcześnie, a dalej silne bóle newralgiczne. Według zdania Motza nie można więc odróżnić na pewno zwykłego przerostu na czas od nowotworu. Z tych ostatnich już 85% nie nadaje się do operacji z powodu przejścia w otoczenie.

2) Prof. Rydygier (Lwów) „O ostatecznych wynikach po częściowem wy-

*) Podług sprawozdania Dr. A. E. Klęska (Nowiny Lek. 1907. № 9).

cięciu własnym sposobem przerosłego gruczołu krokowego". Operował 28 razy. Miał 3 zejścia śmiertelne, wszystkie na zapalenie płuc. Wyniki co do urynowania bardzo dobre.

3) Dr. W. Stankiewicz (Warszawa): O krwiomoczu.

4) Dr. Kijewski: (Warszawa): O gojeniu się ran nerek (praca doświadczalna). Kijewski omawia swe badania nad gojeniem się ran nerek w różnych okresach zdrowienia. Kanaliki nerkowe odradzają się, ale Kijewski wątpi, by obejmowały na nowo funkcję.

5) Dr. A. Klęsk (Kraków): O bezmóczu odruchowym (praca doświadczalna).

Posiedzenie II. Przewodniczący: Dr. Stankiewicz (Warszawa).

6) Dr. Z. Leńko (Lwów): Zestawienie 763 przypadków chorób chirurgicznych dróg moczo-płciowych.

7) Dr. Leśniowski (Warszawa): W sprawie techniki laparatomijnej. Chorych do zabiegów w jamie brzusznej przygotownje L. wspólnie z Sawickim zawsze w ten sposób, że przez 7 dni wlewa im podskórnie po 500—1000 cm.³ roztworu fizjologicznego soli kuchennej i 50 gr. oliwy, podając równocześnie strophant. Po operacji podobne wlewania. Przy operacji śródotrzewnie rozczyn soli. Działa to wlewanie znakomicie, lecz niestety można raz je uskutecznić. Dla tego próbował autor wszywać katetr w otrzewnę, by i następnie do otrzewnej można wlewać. W pierwszym przypadku chora umarła nagle wśród zapadu przy wstrzykiwaniu. Przy sekcji nie znaleziono żadnej przyczyny, sądzi więc L., że może wstrzykiwał strzykawką za silnie i wywołał po prostu objaw Goltza. Następnie wlewał śródotrzewnie sól u 8 chorych z dobrym wynikiem. Wstrzykuje rano i wieczór przez przyszyty katetr po 200 gr. Sposób ten uważa u chorych wyniszczonych za znakomity. Zakażenia przy ostrożnem i czystem postępowaniu nie należy się obawiać. Dyskusja: Barącz sądzi, że podskórne i śródżylne wstrzykiwania zupełnie wystarczają, może sposób L. byłby odpowiedniejszy przy zapaleniu otrzewnej. Bogdanik radzi wlewania podskórne i śródżylne, zwłaszcza z dodatkiem chlorku wapna podług Latkowskiego.

8) Prof. Kader (Kraków): Przyczynek do konserwatywnych zabiegów operacyjnych przy chirurgicznych schorzeniach nerek.

9) Prof. Ziembicki (Lwów). Doświadczenia i uwagi z zakresu lithotrypsyi.

10) Dr. Stankiewicz (Warszawa). Niektóre uwagi o lithotrypsyi.

11) Prof. Kryński (Warszawa). Przyczynek do powstawania i leczenia pęknięć cewki moczowej.

12) Dr. Stankiewicz (Warszawa). Wrodzony zanik pęcherza moczowego i przyległej części cewki.

13) Dr. Radliński (Kraków). Resekcja żył sznurka nasiennego.

Posiedzenie III. Przewodniczący: Prof. Kosiński.

14) Dr. Jedlicka (Lwów). O rektoromanoskopii.

15) Dr. Bogdanik (Kraków). O zapaleniu otrzewnej. Po opisaniu ważniejszych momentów zapalenia otrzewnej ograniczonego, rozlanego i gruźliczego przechodzi B. do metod leczenia. Unikać należy chloroformu. Znakomicie służą hypodermoklizy i infuzje soli 9:1000 wody z dodatkiem chlorku wapna (0,02—100) podług Latkowskiego. Wlewania takie działają leczniczo, uodporniająco i podtrzymują siły chorego. Jedni operują sucho, inni płuczą otrzewnę. Ważnem jest leczenie następne, jak ułożenie chorego w pozycji półsiedzącej, wykrztuszanie tp. Dyskusja: Czarkowski: Radzi operować sucho, bo przez płukanie roznosi się tylko zakażenie po całej otrzewnej. Zawadzki zwraca uwagę na uodporniające działanie wstrzykiwań kwasu nukleinowego. Majewski poleca stosowanie wstrzykiwań surowicy przeciwpaciorkowcowej. Wstrzykiwania te stosowane były w klinice krakowskiej przez niego i udało się wykazać ich korzystny wpływ, zwłaszcza na ciepłotę.

Dr. Schlank (Kraków). Ciała obce w przełyku, rozpoznanie i leczenie. Z chwilą rozwoju badań w ziernikiem przełyku zmniejszyła się znacznie ilość nacięć przełyku a przez to i wielka śmiertelność w podobnych przypadkach. Obecnie lekarz, przy połknięciu ciała obcego, powinien odesłać zaraz chorego do specjalisty lub zakładu do badania a nie robić prób, które nieraz więcej choremu szkodzą.

17. Dr. Jedlicka (Lwów): Przypadek licznych ciał obcych w żołądku i jelitach. Z rany wydobyto rączkę do pisania.

18. Dr. Radliński (Kraków). Jak należy postępować przy operacjach guzów kątnicy?

19. Prof. K o s t a n e c k i (Kraków). Hernia inguinalis supravesicalis.

20. Dr. W o l f (Lwów). O szwie tętnic. Szew tętnicy nie grozi zupełnie drożności światła. Używać należy igieł okrągłych i szyć cienkim katgutem. Szew wykonał W. 4 razy.

21. Prof. Z i e m b i c k i (Lwów). O metodzie włoskiej w zastosowaniu do operacji wytwórczych na twarzy.

Dr. S e l z e r (Lwów). O wyborze najodpowiedniejszego cięcia do appendektomii.

23) Dr. R y d y g i e r młodszy (Lwów). O histogenezie guzów krwawnicowych.

24) Dr. O s t r o w s k i (Lwów). Przyczynek do etiologii rzekomych przepuklin bocznych brzusznych.

Posiedzenie IV. Przewodniczący prof. K a d e r, zastępuje dr B o g d a n i k.

25) Prof. K a d e r (Kraków). W sprawie postępowania leczniczego przy krwotokach i pęknięciu do wolnej jamy otrzewnej wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy. Krwotoki żołądkowe dostają się do rąk chirurga już zwykle w rozpaczliwym stanie. Co do postępowania, to według rady R y d y g i e r a, starać się powinniśmy dojść do miejsca krwotoku i wyciąć wrzód, ewentualnie zatamować krwotok i dodać połączenie żołądka z jelitem. K. robi gastroenterostomię (tylną z krótką pętlą przeciwboczkową) własnym sposobem, poczem wprowadza drenik przez nos, otwór połączenia aż do jelita głęboko i przez to jest w możności odżywiać zaraz chorych, zostawiając żołądek w spokoju. Dren zostawiać można i kilka tygodni. Gastroenterostomii unika, bo ta wywołuje tylko rozpinanie żołądka i nie dozwala takowemu się dobrowolnie kurczyć, co do gojenia wrzodu jest koniecznie potrzebnem. W razie konieczności wykonuje co najwyżej jejunostomię. Operował 7 przypadków. W jednym 9 dnia krwotok śmiertelny; sekcja wykazała drugi wrzód w okolicy wpustu. Jeden chory umarł na stole po otworzeniu jamy brzusznej i próbach podciągania żołądka. Podobnie postępuje się przy wrzodach dwunastnicy. Statystyka przedziurawień wogóle jest smutna. Tu zależy wszystko od wczesnej operacji. W klinice operował trzy przypadki w podobny sposób jak wyżej. W czwartym dr. K l ę s k i dr. S t a s z e w s k i uratowali chorego, operując na piąty dzień po przedziurawieniu. Chory wygoił się z fistułą kałową kiszki. Co do gastroenterostomii sposobem swoim, to operowanych ma 80 przypadków.

Dyskusja: R y d y g i e r zwraca uwagę, że interniści przysyłają zwykle chorych do operacji zbyt późno. Proponuje na przyszły zjazd postawić na porządku dziennym kwestję wrzodu żołądka. B o r z y m o w s k i twierdzi, że rozpoznanie krwotoku z żołądka nie jest łatwem; miał przypadek krwotoku z żylaków przełyku, i drugi, który nie był operowany, zmarł, a sekcja wykazała pęknięcie tętniaka. R y d y g i e r sądzi, że i w wypadkach mylnego rozpoznania źródła krwotoku, operacja jedynie pomódz może.

26) O s t r o w s k i (Lwów). Przyczynki statystyczne do wyników trwałych po operacji raka sutki. W klinice chirurgicznej lwowskiej operowano 60 przypadków. Nie wahano się i rozpiłowywać obojczyk, by gruczoły koło obojczyka usunąć, lecz wyniki przytem były złe. Metoda używana przy operacji nie wpływa tyle na rezultat, ile wczesna operacja.

Dyskusja: B o g d a n i k: Ważną rzeczą przy rokowaniu jest wiek; im rak wystąpi u młodszego osobnika, tem rokowanie jest gorsze. Osoby w podeszłym wieku żyć mogą z rakowemi owrzodzeniami nawet długo. S a w i c k i: Niewielkie nawet gruczoły nadobojczykowe są już przeciwskazaniem do operacji, bo casus jest już inoperabilis. K a d e r potwierdza zdanie B o g d a n i k a. Nawroty obserwował głównie w skórze. B a r ą c z widywał przerosty późne w kręgach. O s t r o w s k i potwierdza też zdanie B o g d a n i k a. Przerzuty główne, zdaje się, występują w wątrobie. Gruczoły nadobojczykowe świadczą już zwykle o przerzutach w wewnętrznych organach.

27) Dr. A. R y d y g i e r (młodszy): Wpływ roentgenoterapii na twardziel nosa i krtani. R. leczył 2 przypadki twardzieli krtani i jeden nosa naświetlaniem z wynikiem bardzo dobrym. Naświetla wprost przez skórę. (Demonstracja chorej).

28) Dr. S t a s z e w s k i (Kraków): W sprawie leczenia stopy szpotawo-końskiej wrodzonej. W klinice krakowskiej leczono 107 przypadków stopy szpotawo-końskiej. U dzieci do 6 miesięcy robi się wyprostowanie gwałtowne. U nieco starszych dodać należy plastykę ścięgna Achillesa i robić wyprostowywania etapami co 2 tygodnie. S. demonstruje technikę postępowania: po wyprostowaniu otrzymuje się stopkę w położeniu valgus z pomocą podeszewki i plastrów założonych przy zgiętym kolanie w postaci pętli odciąga-

jącej stopę na zewnątrz i ku górze. Na to dopiero zakłada się gips aż poza kolanko. Odleżyny przytem wywołać nie można. Leczenie trwać powinno około 8 miesięcy. U im młodszego osobnika zacznie się leczenie, tem wyniki są lepsze. (Demonstracja chorych).

Dyskusja: Zawadzki pokazuje zakładanie opatrunku przy tejże chorobie, które widział w Berlinie. W zasadzie podobnem jest ono do opisanego powyżej, tylko że używa się opaski a nie plastra. Opatrunek działa jako wyciąg. Sawicki: Celem uniknięcia odleżyny radzą wycinać w gipsie okno na przegubiu stopy. Nie ma to racji bytu, bo to gips osłabia a ucisku od wrzynających się opasek nie usuwa; postępowanie opisane uważa za bardzo racjonalne.

29) Tenże. Leczenie skrzywień kręgosłupa pełzaniem podług Klappa. Leczenie pełzaniem ma tę nieocenioną zaletę, że po wyuczeniu dzieci w zakładzie mogą tę kurację sami rodzice w domu przeprowadzić. Dla biednych jest to więc bardzo ważnem. Nauczyć można pełzania nawet 3-letnie dziecko. Lżejsze przypadki można pełzaniem nawet zupełnie wyleczyć. Pełzanie stosuje się dwa razy dziennie po pół godziny. S. pokazuje na swoich chorych ćwiczenia i objaśnia ich znaczenie.

Dyskusja: Rydygier: W 10 miesięcy masażem i wałkowaniem otrzymuje lepsze wyniki jak te, co przez pełzanie otrzymał. Zawadzki sądzi, że należałoby się zwrócić do sekcji szkolnej, by ta podała projekt obowiązkowego pełzania w szkołach celem zapobiegania skoliozom. Borzymowski twierdzi, że do tego potrzebny byłby fachowiec, bo ćwiczenia są trudne. Wniosek Zawadzkiego postanowiono przekazać sekcji szkolnej.

30) Dr. Borzymowski (Warszawa): Kilka słów w sprawie naszych zjazdów. B. sądzi, że na zjazdach powinno się nie tylko wygłaszać gotowe odczyty, ale i omawiać spostrzeżenia kliniczne. Sądzi dalej, że koniecznem by było założenie czasopisma fachowego w rodzaju „Centralblattu".

31) Tenże. Spostrzeżenia kliniczne. Nawiązując do tego, co pierwej wspomniał, podaje B. kilka luźnych spostrzeżeń klinicznych i projektów. 1) Przy operacji brzusznej włożył raz razem ze ścianą żołądka palec do dwunastnicy i przekonał się, że ta wykazywała ruchy ssące podobnie jak niemowlę. O perystaltyce dwunastnicy nie wiele wiemy. Przebieg mięśni przemawia za tem, że takie ssanie może się odbywa, a gdyby istniało, tłomaczyłoby nam wyciąganie treści z wątroby i trzustki, przechodzenie kamieni żółciowych itp. Dwunastnica leży w ten sposób, że częścią jest umocowana, częścią ruchoma, co właśnie do akcji ssania jest koniecznem. 2) Rany mózgu świeże, celem uniknięcia prolapsu, pokrywać można odrazu plastycznie, jak to raz B. wykonał. 3) Appendicitis operuje na gorąco zawsze o każdej porze i spotykał przytem stale ropę około wyrostka. 4) Przy przepuklinach zgorzelinowych radzi zawsze robić wpuklenie i obszycie.

Po odbczytach rozwinęła się szeroka dyskusja o zakładaniu nowych czasopism. Rydygier oświadcza, że oddawna ma gotowy plan na fachowe chirurgicze czasopismo polskie, ale boi się, czy dość będzie prenumeratorów. Kijewski sądzi, że na prenumeratorów liczyć nie można, lecz sam zjazd musi subwencjonować taką gazetę. Rydygier wyraża obawę, czy przez stworzenie nowej gazety nie odbierze się poprostu racji bytu egzystencji innym już istniejącym gazetom, które głównie są zasilane artykułami chirurgicznymi. Borzymowski zwraca uwagę, że głównie chodzi tu o referowanie najnowszych prac już wydrukowanych. Kijewski użala się, że przy braku tej gazety giną bez śladu dyskuje na zjazdach, i zebraniach posiedzeń lekarskich.

Postanowiono w osobnej komisji po porozumieniu się z Przeglądem Chirurgicznym, omówić tę kwestję jeszcze.

Posiedzenie V. 32) Prof. Rydygier oprowadza po klinice i mówi przytem o opatrywaniu ran w klinice chirurgicznej lwowskiej.

Przewodniczący prof. Kosiński.

33) Dr. Dobrucki 18 przypadków wgłobienia jelit. D. omawia objawy kliniczne, etyologię i leczenie wgłobienia.

34) Dr. Pomorski (Poznań). Demonstracja ciekawszych przypadków.

35) Dr. Karłowicz (Petersburg). Przyczynek o narkozach złożonych. Na mocy swych doświadczeń poleca autor narkozę hedonalowo-chloroformową. Kombinacja ta skraca okres podniecenia, ciśnienie krwi pozostaje na stałej wysokości, zużywa się $^1/_3$ mniej chloroformu, oddech pozostaje bez zmian. Obserwacja kliniczna obejmuje 400 przypadków. Podaje, na 2 godziny przed operacją zacząwszy, co pół godziny 1,5—2,5 gramów hedonalu w opłatku z herbatą. U kobiet wystarcza 0,5—1,5 grama razem. Potrzebną jest

przytem absolutna cisza. Uśpienie chloroformowe przebiega wtedy bez pobudzenia i wymiotów.

Dyskusja: Kader uważa, że sam chloroform bez innych dodatków każdemu wystarczy. Schlenk używa nie hedonalu, lecz 1,0 veronalu. Narkoza jest spokojna, ale nie ma się pewności, kiedy chory już jest w stadjum tolerancji. Karłowicz sądzi, że podanie proszku w opłatku nie jest żadną komplikacją trudną. Przy tej metodzie może chory spać i 20 minut podczas operacji po uśpieniu bez dalszego podawania chloroformu.

36) Prof. Kryński (Warszawa). Referat główny. O ranach postrzałowych. Materjał K. opiera się na 380 przypadkach (ze szpitala św. Ducha 260). Najpierw omawia ogólną kwestję pociskową, jej dążność do zmniejszania wagi i rozmiarów pocisku. Różnica jest tu wielka. Francuskie dawne kule ważyły 21 gm. miały szybkość 350 m. na sekundę i wykonywały 480 rotacji a obecne n. p. Manlichera ważą 10.3 gm., szybkość mają 720 metrów na sek. a rotacji 3600 na sekundę. Obecnej broni nie uważa K. wcale za humanitarną. Działa ona różnie zależnie od odległości. Do 500 metrów (strzały uliczne) działanie nie jest wcale humanitarne, bo eksplodujące. Między 500—1500 metrów karabin działa stosunkowo najłagodniej i czyni człowieka chwilowo tylko niezdolnym do walki. Po nad 1500 metrów działanie znów nie humanitarne, bo podobne jak w dawnych pociskach z powodu małego rozpędu i rotacji. Demonstracje różnych pocisków jak Krynka, Berdana, Peabody, Dum-Dum, Express, Nogana, Browning itp. Wogóle obecne leczenie powinno być o ile możności zachowawczem. Postrzały czaszki: przy przebiciu w osi leczenie zachowawcze;—w cięciwie—usuwanie ewentualnych odłamków. Rany klatki piersiowej zwykle leczą się przy zachowawczem leczeniu. Rany kręgosłupa i rdzenia wymagają interwencji. Gdy porażenie zupełne, zwykle nic się nie da zrobić. Objawów pewnych rdzeniowych nie ma, często przy objawie przecięcia spotykamy tylko ucisk. Przy postrzałach kończyn opatrunek ustalający. Przy postrzałach brzucha w obec braku objawów perforacji lub dużego krwotoku — leczenie zachowawcze. Kula wcale jałową nie jest, często zabiera ze sobą cząstki ubrania, ale w brzuchu, rzecz dziwna, ich się niespotyka.

37) Dr. Borzymowski. II referat główny. O ranach postrzałowych. Rozmiary wlotu i wylotu kuli są różne. Wlot jest zwykle kulisty, wylot nie. Wlot goi się zwykle trudniej. Strzały rewolwerowe mają zwykle wlot i wylot podobny. Rany śrutem z odległości 1—2 metrów tworzą jedną ranę. Bomby wywołują na skórze, w razie gdy osobnik znajduje się po za stożkiem wybuchu, kilka drobnych ciemnych punktów, w razie zaś gdy dany organ był w obrębie stożka, zmiażdżenie. Im więcej w danem miejscu części miękkich i twardej skóry, tem otwory wlotu i pęknięcia skóry większe. Mózg znosi dobrze kule Browninga. Rozszerzenie źrenic i przerywane oddechanie każą źle rokować. Postrzały karabinowe mózgu w mieście dają złe zejścia. Po postrzale płatu czołowego obserwował objaw żarłoczności, o którem wspomina także kol. Klęsk w swej pracy o mózgu. W przeciwieństwie do Kryńskiego nie radzi operować przy postrzalę rdzenia, bo wyniki są złe. Rany przełyku wymagają szybkiej interwencji. Rany rewolwerowe płuc, opłucnej i wątroby dają lepsze rokowania jak karabinowe, które np. wątrobę miażdżą. Przy postrzałach nerek postępowanie zwykle konserwatywne. Postrzały serca nie nadają się zwykle do operacji. Na 9 zranień żołądka w 8 operowano, zaledwie jedno wyzdrowienie. Przy 46 postrzałach kiszek 22% wyzdrowień, 27% nieoperowanych, a 19% operowanych. Otrzewnej przytem nie przemywano, lecz drenowano. Wyleczenie osiągnięto jedynie w wypadkach zranień w dolnych partjach brzucha. Nawet w obec zranienia pęcherza można czekać z operacją i leczyć zachowawczo. Rany postrzałowe uda zwłaszcza w środku są bardzo niebezpieczne. Postrzały kończyn górnych kończą się pomyślnie. Pociski ołowiane często spłaszczają się, bomby zostawiają małe odłamki, przy śrucie spotyka się w ciele także przybitki; kule karabinowe ulegają czasem oderwaniu i działają jak naboje dum-dum.

Dyskusja: Zawadzki obserwował 100 ran postrzałowych, z tego 25 brzucha. Demonstruje odpowiednie roentgenogramy. Przy czaszcze w razie złamania radzi zawsze operować. Ran na kończynach nie myje, lecz po odkażeniu jod-benzyną zalewa balzamem peruwiańskim i zostawia opatrunek na kilka dni. Przy klatce piersiowej postępuje konserwatywnie. Przy jamie brzusznej radzi często operować; wynik zależy od techniki operatora. W razie licznych dziur w kiszkach cięcie duże, wypaproszenie, zaciśnięcie kiszek agrafka-

mi, operowanie w rękawiczkach gumowych zmienianych często. Bógdanik w r. 1890 zajmował się sprawą postrzałow manlicherowskich. Broń ta wcale ludzką nie jest, kule często się zniekształcają lub i rozpadają; porywają części ubrania i zanieczyszczenia wywołujące zwłaszcza przy strzałach ulicznych tężec. Obserwował śmierć po strzale brzucha, gdzie kula przeszyła jamę brzuszną na wylot, nie zraniwszy żadnego z trzewi. Rydygier zapytuje, dla czego postrzały w środku uda mają być tak groźne. Nie można wogóle mówić: ja operuję przy postrzale brzucha a ja nie, bo zależy to od objawów np. przy zranieniu pęcherza bałby się nie operować. Czarkowski: Każda rana brzucha z podejrzeniem zranienia trzewiów powinna być operowaną. Wypaproszać przy operacji nie radzi z obawy rozniesienia zakażenia. Zakłada na początku operacji kompresy pod otrzewnę ścienną, brzucha nie przemywa lecz wyciera. Ziembicki zapytuje w kwestji wpędzenia do głębi odzienia. Borzymowski w odpowiedzi popiera swoje poprzednie twierdzenia. Rana pęcherza leży nieraz tak głęboko przy rectum, że ją dosięgnąć poprostu trudno. Kule na ulicach rozpadają się często. Niebezpieczeństwa postrzałów uda w środku tłomaczy sobie obecnością w tem miejscu dużej ilości części miękkich. Co do ciał obcych, to w jamie brzusznej spotyka się je nader rzadko przy postrzałach, podobnie wmózgu. Kryński nie obserwował ani razu tężca. Wciąganie ciał obcych do środka mało się obserwuje. Nie jest zdania Zawadzkiego, by zaraz operować; lepiej przeczekać, ewentualnie wykonać laparotomię następnie, o ile nie ma naturalnie natychmiastowych wskazań.

38) Dr. Jaworski (Warszawa). Komitet do badań i leczenia raka zawiązano w Warszawie. Walka z rakiem. p. niżej.

39) Dr. Sawicki (Warszawa). Meningocele sacralis anterior.

40) Czarkowski (Warszawa). Laminektomia w przypadkach gruźlicy opon rdzeniowych.

41) Dr. Sawicki (Warszawa). Przyczynek do patologii i terapii cierpień kręgosłupa.

42) Prof. Kader (Kraków). Znieczulenie lędźwiowe. Statystyka K. obejmuje 1030 przypadków operowanych w znieczulenie lędźwiowem. W technice doszedł do tego, że operuje spokojnie na szyi. Używa tylko tropokokainy i to 2%, którą gotuje za każdą razą we wodzie. Wybór przestrzeni międzykręgowej obojętny. Po wstrzyknięciu układa chorego z głową w dół, im wyżej ma operować, tem dłużej trzyma go w tej pozycji. Najwyższa dawka (przy operacjach na kończynach górnych i szyi) 0,18. Robił też dwukrotne wstrzykiwania, gdy operacja trwała długo. Przy operacjach górnych części ciała wstrzykuje powtórnie równocześnie 0,015 morfiny. Czasem obserwuje się zatrzymanie oddechu przy dużych dawkach, lecz napominanie chorych lub kilka ruchów sztucznego oddechu usuwa te przypadłości. Zejść śmiertelnych miał cztery. Jedno przy silnym krwotoku żołądkowym, drugie przy nacięciu próbnem brzucha z powodu raka żołądka w chwili podciągania żołądka, trzecie przy strangulacji (aspiracja kału wśród wymiotów), a czwarte przy operacji chondro-sarcoma thoracis, gdzie wyciął żebra, część płuca, przepony i wątroby. Na karb samego znieczulenia tych przypadków brać nie można. Porażenie mięśni ocznych obserwował tylko raz. Znieczulenie lędźwiowe uważa za sposób znakomity. (Demonstracja fotografii objaśniającej technikę jako też strzykawek do punkcji).

43) Dr. Ruff (Lwów). O znieczulaniu lędźwiowem. Stosował tropokokainę, potem alypinę Używa tylko techniki podanej przez Kozłowskiego (demonstracja strzykawki). Znieczulenie można wykonać i na wsi. Dawka 0,05 średnio wystarcza. Radzi wypuszczać dużo płynu. Raz tylko nie wystąpiło znieczulenie. Pozycji z głową w dół nie używa. Alypina znieczula długo, bo do trzech godzin, lecz rozkłada się szybko.

Dyskusja: Zawadzki próbował też stowainę, lecz nie radzi jej stosować (50 przypadków), bo wywołuje bóle głowy, porażenie mięśni ocznych itp. Rydygier demonstruje swoje strzykawki a raczej Jedlicki z Pragi. Techniki używa Kozłowskiego.

Na tem obrady zakończono.

W sprawie akcyi przeciwrakowej

uchwalono następujące trzy postulaty przedstawione przez Dr. J. Jaworskiego.

I. „Przystąpić do utworzenia w większych miastach Polski „Lig do walki z rakiem“, które będą miały na celu uświadomienie społeczeństwa co do racjonalnego leczenia chirurgicznego w odpowiednim okresie raka pewnych narządów, powtóre, otwieranie przytułków dla nieuczalnych.

II. Utworzyć oprócz komitetów miejscowych jeden centralny komitet z siedzibą w jednej z naszych stolic, dla wszystkich ziem polskich dawnej Rzeczypospolitej, któryby ze względu na jedno pochodzenie ludności, zbliżony sposób żywienia się, przynajmniej w pewnych dzielnicach Polski zajął się badaniem na podstawie materjałów, dostarczanych przez komitety miejscowe, etjologii, sposobu szerzenia się i t. d. raka.

III. Zgromadzony materjał w sprawie raka ogłaszać w dodatku do jednego z naszych pism lekarskich, pod nazwą „Materjały do badania raka w Polsce“, lub w miarę potrzeby, w osobnem wydawnictwie książkowem“.

Sekcja ginekologiczno-położnicza*

Przewodniczący kol. Fr. Neugebauer.

Referat „O postępowaniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych“. Prof. Rosner na zasadzie obserwacji 396 porodów przy zwężonych miednicach dochodzi do wniosku, że najlepsze wyniki daje przy ścieśnieniach miednicy postępowanie wyczekujące i przystępowanie do zabiegu operacyjnego dopiero wtedy, gdy niebezpieczeństwo zagrażające matce, albo dziecku daje ścisłe wskazania do wkroczenia sztuki. Wyczekiwać spokojnie można tem bardziej, że nowoczesny rozwój położnictwa dał nam tyle doskonałych sposobów postępowania, że przy bacznem obserwowaniu porodu można zawsze na czas jeszcze wkroczyć i usunąć powikłanie. Zabiegi zapobiegawcze nie tylko nie polepszają statystyki śmiertelności, lecz często narażają rodzące na operacje niepotrzebne, a bynajmnie nie obojętne. Należy je więc zarzucić. Dotyczy to przedewszystkiem obrotu zapobiegawczego, którego byt i tak podkopuje w wysokim stopniu operacja przecięcia kości łonowej, byle tylko była stosowana w przypadkach nadających się do niej, tj. w granicach sprzężnej prawdziwej 8.5 — 7.5 cm. Wymóżdzenie powinno się robić na żywym płodzie tylko wobec istniejącego już zakażenia połogowego matki lub omdlenia w wysokim stopniu płodu. W przypadkach czystych i przy płodzie niezbyt zagrożonym operacja ta powinna być zastąpiona cięciem cesarskiem.

* Podług sprawozdania F. A. Czyżewicza, sekretarza Sekcji (Nowiny Lek. 1907 № 9).

Doc. dr. Adam Sołowij (Lwów), jako koreferent omawia postępowanie przy miednicach ścieśnionych o sprzężnej prawdziwej 7 — 11 cm. oparte na bardzo znacznej statystyce zebranej z piśmiennictwa. Stosowanie przedwczesnego sztucznego porodu daje wynik 66% żywych dzieci, a ze strony matek mniejszą śmiertelność, jak inne zabiegi, jest więc dobrym sposobem postępowania, byle było wykonane zapomocą balonów macicznych, po skończonym 36 tygodniu ciąży, przy prawidłowem położeniu płodu, i u mężatek, które jedynie dają gwarancję, że troszczyć się będą o życie dziecka. Wykonać go należy u wielorodek, jeżeli poprzedni poród był niepomyślny przy postępowaniu wyczekującem, na końcu ciąży. U pierwiastek nie robi się wcale sztucznego przedwczesnego porodu.

Podczas ciąży można wpływać na wzrost płodu zapomocą odpowiedniej djety podczas samego porodu najlepiej wyczekiwać, starając się tylko o prawidłowy przebieg porodu, a wkraczać dopiero w razie powikłań lub niebezpieczeństwa, zagrażającego matce lub dziecku.

Widoki na dobrowolny poród zmniejszają się przy każdym późniejszym porodzie i w miarę wzrastania ścieśnienia miednicy. Powodzenie wysokich kleszczy, zakładanych na nieustaloną główkę, zawisło od konfiguracji główki. Kleszczy osiowych prelegent nie zaleca, Wystarczają zwykłe, byle odpowiednio długie.

Prof. Franciszek Kośmiński (Lwów) jako II koreferent mówi o postępowaniu przy miednicach znacznie ścieśnionych. Daje się ono streścić w następujących zdaniach:

1) Przy sprzężnej prawdziwej poniżej 6 cm. wskazane jest w przypadkach czystych cięcie cesarskie zachowawcze; w zakażonych —metodą *Porro*; wyjątkowo przy sprzężnej prawdziwej $5^1/_2$--6 cm. wykonać można wobec martwego płodu wymóżdżenie, co jednak jest zabiegiem ciężkim, bodaj czy nie cięższym od cesarskiego cięcia.

2) Przy sprzężnej prawdziwej 6—7 cm. należy wykonać w przypadkach czystych i przy żywym płodzie cesarskie cięcie, w zakażonych cesarskie cięcie metodą *Porro*, lub wymóżdzenie, przy martwym płodzie wymóżdzenie; wyjątkowo można zastosować przecięcie kości łonowej, jednak tylko wobec sprzężnej prawdziwej 6.75—7 cm.

3) Przy sprzężnej prawdziwej 7—8 cm. wobec płodu martwego jest wskazane

wymóżdzenie, wobec żywego w przypadkach zakażonych przecięcie kości łonowej lub wymóżdżenie, w czystych przecięcie kości łonowej, lub cesarskie cięcie i to przy sprzężnej prawdziwej poniżej $7^1/_2$ cm. lepiej cesarskie cięcie, powyżej i przy prawidłowem położeniu płodu lepiej przecięcie kości łonowej.

4) Oznaczenie górnej granicy dla wymóżdzenia, cesarskiego cięcia i przecięcia kości łonowej nie jest możliwe. Przy sprzężnej prawdziwej na 8 cm. a płodzie martwym, jest móżdzenie często najłagodniejszem rozwiązaniem. Wobec żywego płodu najwięcej szans powodzenia ma przecięcie kościłonowej. Cesarskie cięcie wykonuje się tylko w przypadkach czystych wobec ścisłego wskazania do szybkiego ukończenia porodu.

Kol. dr. Cykowski (Warszawa) jako III. koreferent, broni obrotu zapobiegawczego na podstawie piśmiennictwa i własnego doświadczenia. Stosować go można wobec miednic płaskich i wyłącznie u wieloródek, a jest tu wskazany, jeżeli w poprzednich porodach, kończonych kleszczami, były dzieci martwe lub jeżeli poprzednie porody trwały długo i wymagały wkroczenia sztuki. Dokonać go należy przy zupełnie rozwartem ujściu i stojącym pęcherzu płodowym. Wyjątkowo musi się także wykonać obrót po odpływie wód płodowych, a należy go zawsze łączyć z natychmiastowem wydobyciem płodu. W miednicach płaskich, u wieloródek, ze sprzężną prawdziwą poniżej 7.5 cm., obrót zapobiegawczy chybia już celu ze względu na płód.

Kol. Doc. Dr. Dobrowolski (Kraków) wygłasza odczyt o pubiotomii, oparty na obserwacji 11 przypadków, operowanych sposobem Bumma. Jako wynik tej pracy można zalecić przecięcie kości łonowej podskórne jako zabieg bardzo korzystny u wieloródek, znacznie lepszy, od przecięcia spojenia łonowego. Wykonać je wolno tylko przy sprzężnej prawdziwej powyżej 7 cm. i to wobec główki niezbyt twardej i tylko żywego płodu. Po operacji, zawsze pierwotnej, należy dalszy poród zostawić siłom przyrody. Dla lekarzy-praktyków hebosteotomia się nie nadaje ze względu na możliwość licznych powikłań. .

Kol. Dr. Pisarzewski (Częstochowa) krytykuje w swej pracy, opartej na 3 własnych przypadkach i piśmiennictwie, podokostne przecięcie kości łonowej jako złe i nieodpowiednie. Zresztą operacja jest bardzo dobrą i daje się wszędzie wykonać.

W dyskusji nad położniczym tematem ogólnym podnosi kol. Cholewiński, że obrót zapobiegawczy wobec miednic ścieśnionych nie daje w praktyce wyników lepszych od kleszczy, a kol. Maciejewski (Petersburg), że najlepszą metodą jest wyczekiwanie, a kleszcze dają tak dobre rezultaty, że zawsze należy je spróbować, a już koniecznie przed wymóżdzeniem. Tak samo oświadczają się przeciw obrotowi zapobiegawczemu kol. Pisarzewski, Karnicki (Petersburg) i prof. Rosner, broni go zaś dwukrotnie kol. Cykowski. Kol. Neugebauer zwraca uwagę, że nie jest obojętnym wzrost dziecka, w czem przeważa wpływ ojca i dalej, że nie można wszystkich miednic oceniać jedną miarą, bo n. p. u Polek przeciętna miednica prawidłowa ma sprzężną prawdziwą zaledwie 9 cm. Wreszcie podnosi senior sekcji prof. Adam Czyżewicz sen. (Lwów), że za najlepsze uważa, podobnie jak prof Rosner, postępowanie wyczekujące, które już przed laty 40, potem zwalczane, wybija się znowu na pierwszy plan. Szczegółowe postępowanie zależy od osobistego zapatrywania, a często intuicji operatora, a tylko, więcej niż dotąd, trzeba uwzględnić siłę bólów i zdolność akomodacji główki.

Na drugiem posiedzeniu 23 lipca 1907 w sali kliniki położniczo-ginekologicznej omawiano pod przewodnictwem kol. Pomorskiego z Poznania ogólny temat ginekologiczny: „O postępowaniu leczniczem w przypadkach spraw zapalnych przymacicznych, około macicznych i przydatków macicy“.

Referent prof. Antoni Mars ze Lwowa omawia w ogólnym poglądzie etjologię, anatomię, objawy i leczenie zapalnych spraw przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy, opierając się na podziale według etjologii, nie, jak dotąd, według zmian anatomicznych. Jako wynik swej pracy stawia następujące tezy: 1) W przypadkach pierwotnych zmian w tkance łącznej i na otrzewnej leczenie jest głównie farmaceutyczne, zaś przy pierwotnych sprawach jajników i jajowodów głównie zabiegiem chirurgicznym. 2) W okresie ostrym niezbędny jest spokój i leczenie objawowe. 3) Właściwe leczenie zaczyna się po ustąpieniu ostrych objawów. 4) Środki termiczne, jak lód, kataplazmy, kąpiele działają dzielnie, a najlepiej kąpiele z gorącego po-

wietrza. 5) Lokalnie doskonale działają połączenia w formie kolumnizacji. 6) Zropiałe ogniska muszą być leczone operacyjne. 7) Droga operacyjna jest trojaka: od strony pochwy, zaotrzewnie od powłok brzusznych i po otwarciu jamy brzusznej. Wybór jej zależy od porządku. 8) Zakażenie tryprowe u kobiet jest cierpieniem bardzo poważnem, mającym społeczną doniosłość. 9) Dzisiejsze leczenie trypra jest niedostateczne i wymaga reorganizacji. 10) Tryper musi być leczony dłużej i doszczętniej i należy stworzyć postępowanie uodparniające tkaniny przeciw zakażeniu i osłabiające zjadliwość dwoinek tryprowych.

Kol. dr. Józef Jaworski (Warszawa) jako koreferent wspomina o wlewaniach nalewki jodowej do jamy macicznej, stosowaniu w podobny sposób alumnolu i zyminy, o rozszerzeniu ujścia macicy w celach leczniczych, obciążeniu śrutem lub rtęcią metaliczną i stosowaniu równi pochyłej. Kolumnizacja pochwy ma wielkie znaczenie przez ustalenie części rodnych i zmniejszanie przekrwienia z powodu ucisku. Z nowszych środków leczniczych należy wymienić próby stosowania światła łukowego, które pozwalają spodziewać się dobrych wyników, i leczenie prądem elektrycznym. Prąd taki mieszany, z jednej strony wpływa na napięcie ścian naczyń krwionośnych, powoduje ich skurcz, a ztąd zmniejszenie przekrwienia, z drugiej działa mechanicznie zabójczo na drobnoustoje, a wreszcie przez wydzielanie chloru przy anodzie działa i chemiczne. Jako elektroda nadaje się najlepiej elektroda Aleksandrowa, którą prelegent demonstruje. Leczenie sposobem Biera niema jeszcze dostatecznych podstaw do ocenienia. Kol. dr. Pomorski (Poznań) jako drugi koreferent rozpatruje specjalnie sprawę zapalenia tkanki łącznej przymacicznej (para metrium). Ogólnie biorąc, należy w tych przypadkach w ostrem stadjum stosować środki przeciwzapalne, w przewlekłem usuwając wessanie, nie zwlekać jednak z wkroczeniem operacyjnem. Wobec rozległości obszaru tkanki łącznej przymacicznej i łatwego szerzenia się sprawy daleko, na wszystkie strony, wystarcza rozpoznanie ropnego ogniska, oparte na podwyższeniu ciepłoty i wykazaniu leukocytozy we krwi. Stosownie do postępowania zapoczątkowanego przez Fritscha najlepiej dojść do ogniska ropy dużem cięciem lędzwiowem i sączkować je przez powłoki brzuszne i pochwę. Nawet w przypadkach bez gorączki i bez utworzenia się jeszcze ropy, jest zabieg operacyjny często wskazany, bo przez zniesienie ucisku tkanin najlepiej przeciwdziała szerzeniu się sprawy chorobowej i prowadzi do wyleczenia.

W dyskusji podnosi kol. prof. Rosner, że rzeżączka mężczyzn nie jest tak strasznie niebezpieczną dla kobiet, jak chce tego prof. Mars. Tylko w rzadkich przypadkach, gdzie przyszło do zakażenia ostrym tryprem, sprawa szerzy się szybko i daleko jako *gonorrhoea ascendes*. Zazwyczaj przychodzi od razu do zakażenia przewlekłego błony śluzowej jamy macicznej, które nie szerzy się dalej, chyba wobec sprzyjających warunków, n. p. porodu, poronienia i t. d. Prócz rzężączkowych mogą być i inne drobnoustoje przyczyną zapalenia n. p. *bact coli* przy zapaleniach wyrostka robaczkowego. — W leczeniu zachowuje się prelegent możliwie zachowawczo, a operuje tylko wyjątkowo i bardzo niechętnie.

Taksamo kol. doc. dr. Dobrowolski podnosi znaczenie zakażenia przez *bact. coli*, dodając, że może ono wyjść nietylko z wyrostka robaczkowego, lecz także z jelita esowatego, a kol. Pisarzewski ostrzega przed zbyt wczesną i zbyt pochopną operacją. Ponadto przemawiają jeszcze kol. Cykowski i referent prof. Mars.

Kol. dr. Józef Jaworski (Warszawa) wypowiada swój pogląd na leczenie nieżytu szyi jamy macicy metodą Biera na podstawie obserwowanych 115 przypadków. Najważniejsze jest tu działanie mechaniczne, pozwalające na dokładne opróżniene jamy macicy z wydzieliny, jak to wykazały doświadczenia ze wstrzykiwaniem roztworu błękitu metylenowego i wyciąganiem go napowrót przy pomocy ssawki Biera. Na tak oczyszczoną błonę śluzową stosuje się dopiero środki przyżegające, które teraz działają lepiej i w mniejszem stężeniu. Metoda Biera jest więc doskonałym środkiem pomocniczym w leczeniu nieżytów błony, wolno ją tylko stosować w przypadkach ostrych.

Kol. Łazarewicz (Poznań) podnosi wpływ ssawki Biera na całą macicę. Powoduje ona przekrwienie i rozpulchnienie całego narządu, a nadto wywołuje skurcze macicy. Wogóle jest to metoda mająca przyszłość przed sobą.

Kol. doc. dr. Dobrowolski, przeciwnie, nie przyznaje metodzie Biera zalet, zwłaszcza wobec faktu, że do dziś właściwie nie wiemy ściśle, czem jest *endometritis*

i nie można ztąd wyciągnąc wniosków co do leczenia tej sprawy chorobowej.

Kol. dr. Józef Jaworski (Warszawa) mówi o *„cardiopathia uterina“*. Są to zaburzenia w funkcji serca i naczyń krwionośnych, powstałe na tle wrażeń lub chorób narządu płciowego kobiety, szczególnie wobec istniejących zmian chorobowych serca. Zaburzenia te są częste i powstają z najrozmaitszych przyczyn. U kobiet młodych najczęstszą przyczyną są nieprawidłowości przy spółkowaniu, nadużycia płciowe itd., a bezpośredniego powodu trzeba szukać w czasowem porażeniu ośrodków nerwu błędnego i naczynioruchowych; w okresie zwrotnym znów może być powodem ustawanie krwawień miesięcznych i rodzaj samootrucia wskutek braku wydzieliny jajników. Podobnie często spotkać można te zaburzenia przy włókniakach macicy. — Klinicznie przedstawiają się jako bicie serca, nierówne tętno, *angina pectoris*, zaburzenia w trawieniu, podniesienienie lub obniżenie ciśnienia krwi itd.

Kol. doc. Dobrowolski (Kraków) zdaje krótkie sprawozdanie ze swych prac o cytotoksynach jajnikowych i łożyskowych.

Na posiedzeniu z 25 lipca, odbytem w sali wykładowej ck. Szkoły położniczej, przewodniczył kol. Józef Jaworski z Warszawy.

Kol. dr. Friedman (Kraków) demonstruje swój nowy krążek pochwowy, przeznaczony do podtrzymywania wypadniętej macicy w przypadkach nie nadających się do operacji.

Kol. dr. Neugebauer (Warszawa) mówi o ciałach obcych, zapominanych w jamie brzusznej.

Kol. Adam Czyzewicz jun. (Lwów) przedstawia preparat ciąży trąbkowej, donoszonej do końca ciąży.

Kol. Friedman (Kraków) opisuje przypadek wymiotów niepowściągliwych ciężarnej, u której w moczu znaleziono znaczną ilość acetonu i kwasu acetoctowego, a nadto czasami białko i ślad cukru. Po sztucznem poronieniu chora szybko przyszła do siebie. Taki wynik badania klinicznego przemawia, zdaniem mówcy, najbardziej za otruciem, które spowodowało wymioty.

Kol. Tadeusz Litwinowicz (Lwów), mówi o pęknięciu macicy na podstawie 70 przypadków obserwowanych w lwowskiej c. k. Szkole położniczej, na 29,540 chorych oddziału położniczego (0,236%). Wśród tych przypadków było 4 bardzo ciekawych, a to:

1) pęknięcie w I okresie, przy stojącym pęcherzu płodowym,

2) pęknięcie w bliźnie, po dawnem pęknięciu przy poprzednim porodzie,

3) całkowite pęknięcie z następnem usunięciem całego narządu rodnego,

4) pęknięcie u pierwiastki przy położeniu miednicowem i płodzie zmiękczałym.

Na ogół postępowanie operacyjne drogą jamy brzusznej daje lepsze wyniki, byleby było wykonane wcześnie po pęknięciu macicy.

W dyskusji nadmienia kol. Karnicki (Petersburg) o przypadku samoistnego pęknięcia, wyleczonym przez usunięcie macicy.

Kol. Adam Czyżewicz jun. (Lwów), zdaje sprawę ze swej pracy nad zachowaniem się jajowodów podczas perjodu.

Kol. Franciszek Neubebauer (Warszawa) omawia w dłuższem przemówienia przypadki równoczesnej ciąży śródmacicznej i pozamacicznej, której 174. Rozpoznanie tej sprawy jest bardzo trudne i zazwyczaj rozpoznawano guzy jajnika obok ciężarnej macicy. Wyniki operacyjne nie są złe, a zwłaszcza zwracają na siebie uwagę 4 przypadki, w których per laparatomiam wydobyto po dwoje żywych dzieci.

Kol. Emanuel Gröbel (Lwów) omawia szczegółowo przypadek guza łożyska.

Kol. Zaremba (Kraków) zdaje sprawę z obserwacji licznych przypadków znieczulenia, jego przebiegu i powikłania. W praktyce okazała się najlepszą tropokokaina.

Kol. Maciejowski podnosi w dyskusji, że lepszą jest narkoza chloroformowa, po podaniu poprzednio hedonalu.

Na posiedzeniu z 25 lipca 1907 przewodniczył kol. prof. Aleksander Rosner z Krakowa.

Kol. prof. Antoni Mars (Lwów) demonstruje i omawia swój nowy sposób perkusji przez pochwę, co pozwala w wątpliwych przypadkach na odróżnienie guzów lub wysięków, od pętlic jelit. leżących wadliwie w zatoce Duglasa, i przypadek rozstępu miednicy w spojenlu łonowem przy utrzymaniu wiązadeł łukowatych. Najprawdopodobniej rozstęp tem w małym stopniu jest wrodzony, a późniejsze porody i przebyte rozmiękczenie kości rozciągnęły go do dzisiejszych rozmiarów.

Kol. Kazimierz Bocheński (Lwów) przedstawia przypadek przecięcia kości łonowej podskórnego, wykonanego igłą Bumma i omawia go w łączności z 4 innymi przypadkami.

Kol. Franciszek Kośmiński opisuje swój sposób umocowania macicy do powłok brzusznych.

Kol. prof. **Kośmiński** przedstawia dalej preparaty zaniku stopniowego nerek u królików po podwiązaniu moczowodów.

Kol. **Adam Czyżewicz** jun. (Lwów) omawia sprawę wymiotów niepowściągliwych u ciężarnych. Po krótkiem przedstawieniu dotychczasowych zapatrywań, dochodzi do wniosku, że należy odróżniać:

1) Hyperemesis spuria, mogącą pochodzić z najrozmaitszych przyczyn.

2) Hyperemesis vera, która jest objawem otrucia matki produktami przemiany materji płodu, zgodnie z teorja **Starzewskiego** o zakażeniu ciążowym.

Tej ostatniej formy, nadzwyczaj groźnej dla chorej, obserwował prelegent 3 przypadki, wszystkie śmiertelne. Na ich podstawie określa objawy, przebieg, rokowanie i dotychczasowe leczenie prawdziwych wymiotów niepowściągliwych i ciężarnych.

W dyskusji wolałby kol. **Friedman** utrzymać dotychczasowy podział **Williamsa**; kol. **Maciejewski** występuje wogóle przeciw każdemu podziałowi, a kolega **Cykowski** godzi się zupełnie na podział kol. **Czyżewicza**, zalecając gorąco upusty krwi jako środek leczniczy.

Kol. **Kazimierz Bocheński** (Lwów) omawia, na podstawie ścisłych badań krwi w 17 przypadkach zakaźnych spraw połogowych, znaczenie tego badania. Według wyniku badania krwi rokowanie jest niepomyślne, jeżeli drobnoustroje krążą we krwi w znacznej ilości, a w ciałkach czerwonych pojawiają się formy wielokształtne, wielobarwne i jądrzaste, obraz neutrofilny według **Arnetha** jest znacznie przesunięty na lewo, brak ciałek eozynochłonnych, ilość ciałek czerwonych zmniejszona, znaczna anisohypercytosa, lub anisohycytosa.

Kol. **Józef Jaworski** (Warszawa) zwraca w swej pracy uwagę, że zakażenie gronkowcami, jest częstsze niż przypuszczamy i często łączy się z zapaleniem śródsierdzia. W przypadkach takich, możliwych do rozpoznania tylko badaniem bakterjologicznem krwi, działa swoiście surowica przeciwpaciorkowcowa. Jeżeli badanie krwi na drobnoustroje nie da się przeprowadzić, a surowica przeciwpaciorkowcowa nie działa, powinno się zawsze spróbować surowicy przeciwgronkowcowej.

Nad powyższymi dwoma wykładami wywiązała się obszerna dyskusja o postępowaniu przy zakaźnych sprawach połogowych.

Kol. **Maciejewski** zaznacza, że ze statystyki trudno wyciągnąc wnioski, bo gorączka połogowa ustaje często nawet bez leczenia i nigdy na pewno nie wiemy, czemu przypisać wyleczenie.

Kol. prof. **Mars** jest zdania, że leczenie surowicą może dać wyniki, byle było oparte na badaniu bakterjologicznem krwi i zastosowane wcześnie. Co do środków zwiększających leukocotyzę, dziś jeszcze wyrokować nie można.

Kol. **Józef Starzewski** (Lwów) podnosi, na podstawie obserwacji przeszło 300 przypadków, wartość zapobiegawczych wstrzykiwań surowicy. Zdanie to potwierdza kolega **Jaworski**, dodając, że leczniczo może surowica działać tylko przy wczesnem jej zastosowaniu. Później działają bardzo dobrze podskórne wlewania rozczynu soli w niewielkich ilościach. Tego samego zdania jest także kol. **Cykowski**. Kol. **Cholewiński** zaznacza, że rokowanie jest gorsze przy braku zmian miejscowych, a kol. **Wątorek** (Lwów) omawia szeroko postępowanie anti- i aseptycze w położnictwie, proponując wprowadzenie ogólnych przepisów, mających służyć za wskazówkę dla lekarza, ewentualnie za podstawę przy ocenianiu odnośnych spraw w sądzie. Kol. prof. **Rosner** przestrzega przed lekceważeniem surowic, zgadza się jednak, że działają dobrze tylko przy wczesnem ich zastosowaniu, a wreszcie kol. **Bocheński** objaśnia postępowanie stosowane w lwowskiej klinice położniczej i zaznacza, że w leczeniu tem jest myślą przewodnią wzmożenie odporności organizmu, która sama przez się gra najważniejszą rolę.

W końcu uchwalono wnioski na posiedzenie pelnarne Zjazdu, a to:

1) Na wniosek kol. prof. **Marsa** i **Rosnera**:

„Wobec tego, że rzeżączka u kobiet prowadzi niezmiernie często do ciężkich schorzeń, czasem do kalectwa, lub nawet śmierci, sekcja ginekologiczno - położnicza X Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich uchwala: Jest rzeczą potrzebną, ażeby przy układauiu nowego kodeksu karnego stworzono odpowiedzialność karną dla tych mężczyzn, którzy wiedząc, że są niewyleczeni z rzeżączki, świadomie narażają kobietę na zakażenie tą chorobą.

2) Na wniosek kol. **Jaworskiego**.

„Wobec stwierdzenia przez naukę i doświadczenie, że u kobiet, ciężko pracujących w przemyśle rękodzielniczym i fabrycznym, ciąża do końca dobiega bardzo rzadko, a dzieci tych kobiet rodzą się słabowite, mało odporne na choroby, sekcja ginekologiczno-położnicza X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie uchwala, że jest rzeczą konieczną uzupełnić prawodawstwo fabryczne co do zwalniania

ciężarnych na zasadzie prawa o ubezpieczeniu robotników na czas choroby i *na pewien czas, 3—4 tygodnie, przed* terminem rozwiązania.



Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Kaliskie.

Posiedzenie z dnia 17 Września 1906 r. Przewodniczący kol. Drozdowski.

Obecnych 8 członków.

1. Protokół walnego zebrania przeczytano i przyjęto.

2. Przewodniczący zaznaczył, że sprawozdanie z działalności pomocy koleżeńskiej dla rodzin powołanych na wojnę lekarzy zostało przezeń rozesłane wszystkim lekarzom powiatowym dla zawiadomenia ofiarodawców..

3. Kol. Wilczewski zakomunikowal przebieg kliniczny obserwowanego przezeń przypadku „meningitis cerebrospinalis epidaemica". Chory, żołnierz, przybył do lazaretu z objawami silnego bólu głowy i gorączki, 3-go dnia do tych objawów przyłączył się ból i sztywność karku, herpes labialis, febris continua; 6-go dnia bredzenie, opisthotonus, porażenie pęcherza moczowego i odbytnicy. Stan ten trwa tydzień; w ciągu 3-go tygodnia objawy mózgowe stopniowo ustępują, natomiast porażenie pęcherza i odbytnicy kompletne, mocz wypuszczany za pomocą cewnika i aspiratora; wreszcie biegunka występuje i chory po 5 tygodniach choroby umiera. Sekcja wykazała zmętnienie na oponach mózgowych, przerost ścian pęcherza moczowego i owrzodzenia na błonie śluzowej tegoż.

4. Kol. Edward Beatus wygłosił odczyt „o obrzezaniu u żydów". Zaznaczymszy, że o tym przedmiocie obszernie traktuje monografja Laksa w Krakowskim „Przeglądzie lekarskim", kol. Beatus opisał ogólnie praktykowaną technikę obrzezania rytualnego; składa się ta operacja z trzech momentów: cięcia okrężnego nożem obosiecznym, rozdarcia paznogciem wewnętrznego listka napletka i wysysania rany przez operującego. Wskutek nieczystości narzędzi i rąk operującego, a zwłaszcza z powodu wysysania, często następuje zakażenie gruźlicą, przymiotem.

Referent miał w b. r. 2 przypadki owrzodzenia tuberkulicznego koło frenulum u dzieci, powstałe z zakażenia przy obrzezaniu, dokonanego przez wykonawcę, dotkniętego gruźlicą.

W dyskussji kol. Drozdowski zaznacza, że miał kilka przypadków gruźlicy i syfilisu po obrzezaniu, raz obserwował śmierć wskutek posocznicy. Na tem posiedzenie skończono.

Posiedzenie z dnia 1 Października 1906. Przewodniczący kol. Drozdowski.

Obecnych 8 członków.

1. Protokół poprzedniego zebrania przeczytano i przyjęto.

2. Przewodniczący zapytał kolegów, w jakich rozmiarach panuje w mieście szkarlatyna. Z zebranej doraźnie statystyki okazało się, że w ubiegłym miesiącu było 9 przypadków obserwowanych przez lekarzy, z tych większość z przebiegiem lekkim.

3. Kol. Merkel prosi kolegów o zawiadamienie urzędu lekarskiego, aby mogła być w każdym przypadku dokonana dezynfekcja natychmiastowa.

4. Kol. Edw. Beatus wygłasza odczyt „o zapaleniu wyrostka robaczkowego", streszcza historyczny rozwój prac nad tą chorobą oraz zapatrywania współczesnej medycyny, zaznaczając rozbieżność poglądów chirurgów i internistów na terapię.

Na tem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie z dnia 17 Listopada 1906. Przewodniczący kol. Wilczewski.

Obecnych 9 członków.

1. Protokół poprzedniego zebrania przeczytano i przyjęto.

2. Odczytano odezwę „Towarzystwa lekarzy rossyjskich im. Pirogowa" i przyjęto takową do wiadomości.

3. Przewodniczący kol. Wilczewski przytoczył „dwa przypadki afazji pochodzenia traumatycznego" obserwowane w szpitalu św. Trójcy.

Pierwszy dotyczył robotnika, ktory upadłszy, uderzył się w głowę z lewej strony, utracił przytomność; po docuceniu wystąpiły objawy afazji: pacjent utracił zdolność wyrażania za pomocą odpowiednich słów swych myśli, również, bę-

dąc piśmiennym, nie był w stanie podpisać swego nazwiska (agraphia). Czas trwania afazji—2 tygodnie. Przebieg ustępowania objawów następujący: po tygodniu zaczął wymawiać wyrazy „dwa, trzy“ na każde zapytanie (parafazja), następnie na pytanie, czy umie pacierz, odpowiedział „umie“, mógł pisać pod dyktando, choć długie wyrazy sprawiały mu widoczną trudność.

Terapia polegała na położeniu pryszczydła na karku, zadaniu środków przeczyszczających (Inf. Sennae com.) i podawaniu jodku potasu.

Referent, jako etjologiczny moment przytoczonych objawów, uważa nieznaczny wylew, względnie przekrwienie kory mózgowej w okolicy gyrus Broca.

Drugi przypadek analogiczny obserwowany przez kol. Wilczewskiego przed 15 laty również zakończył się wyrównaniem funkcji.

Urzędnik 25-letni upadł w rynsztok, urazu w głowie nie było, silny wstrząs wywołał 5-tygodniową afazję.

Na tem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie z dnia 17 Grudnia 1906.

Przewodniczący kol. Drozdowski.

Obecnych 8 członków·

1. Protokół poprzedniego posiedzenia przeczytano i przyjęto.

2. Przewodniczący zakomunikował treść odezwy komitetu pod przewodnictwem prof. Baranowskiego w sprawie X zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, oraz o wystawie przyrodniczo-lekarskiej w połowie Lipca 1907 tamże urządzanej. Komitet zaprasza do licznego udziału w pracach zjazdu i zgłaszaniu tytułów prac do Komitete Warszawskiego. Odezwę przyjęto do wiadomości.

3. Załatwiono sprawę prenumeraty pism lekarskich, wydrukowania dyplomów dla członków honorowych i drobne kwestje administracyjne.

4. Kol. Krzymuski referował przypadek „Cholelithiasis et echinococcus hepatis“. Chora przybyła do szpitala z objawami żółtaczki, w domu w ciągu tygodnia miała gorączkę (continua), bólów wybitnych w okolicy wątroby niebyło. Objektywnie znaleziono guz wielkości pięści, okrągły, twardy, nieco bolesny, niedający fluktuacji znajdujący się w okolicy wątroby i w związku z takową; żółtaczkę skóry i gałek ocznych, barwniki żółciowe w moczu i brak tychże w kale. Rozpoznano cholelithiasis et cholecystitis. Po 4 tygodniowej kuracji (Karlsbad-Mühlbrun 10 butelek, 20 kąpieli słonych) chora z poprawą opuściła szpital. Ponieważ guz nie zmniejszał się, powodował bóle, zwłaszcza przy chodzeniu, chorej zalecono operację i skierowano do kliniki uniwersyteckiej we Wrocławiu. Operacji dokonanał prof. Garré w Wrocławiu. Znaleziono niespodziewanie obok pęcherzyka żółciowego, wypełnionego kamieniami, bąblowca wielkości kurzego jaja. Pęcherzyk i bąblowiec został wycięty klinowo i rana zaszyta. Po 15 dniach chora opuściła klinikę z raną zagojoną per primam. Obecnie po 9 miesiącach czuje się zępełnie zdrowa.

W dyskussji poruszano kwestję wskazań do operacji kamicy żółciowej.

Kol. Drozdowski ostrzega przed zbyt pośpiesznem operowaniem kamieni żółciowych i jako bezwzgledne uważa; 1) częste nawroty cholecistitidis, 2) ropienie i obawę ogólnej pyemii. Kol. Wilczewski zwraca uwagę na możliwość powstawania złogów w samym miąższu wątroby.

Na tem posiedzenie skończono.

Posiedzenie z dnia 17 Stycznia 1907.

Przewodniczący kol. Wilczewski.

Obecnych 9 członków.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia przeczytano i przyjęto.

2. Odczytano odezwę Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 25 Grudnia 1906 roku w kwestji rozporządzenia tymczasowego generał-gubernatora Kaliskiego, na mocy którego lekarze są obowiązani donosić władzy policyjnej o każdym wypadku rany, zadanej bronią palną lub pochodzącą od wybuchu bomby. Odezwa kończy się rezolucją, że zasada tajemnicy lekarskiej obowiązuje lekarzy zawsze i wszędzie.

3 Przyjęto w poczet członków kolegów Ambramskiego, Brudnickiego i Łukaszewicza przez balotowanie — jednogłośnie.

4. Kol. Brudnicki zakomunikował „dwa przypadki urazu płuc“. W pierwszym chory w bójce silnie przygnieciony kolanami, nastąpił krwotok z nosa i gardła, na granicy żeber i chrząstek w okolicy 7 lewego żebra zauważono wklęśnięcie. Krwotok wkrótce ustał, chory wyzdrowiał. Drugi przypadek dotyczył starszego człowieka, który wpadł do piwnicy, skutkiem czego nastąpił uraz klatki piersiowej i płuc, rozwinęła się odma podskórna na twarzy, tułowiu i biodrach, tętno słabe; chory umarł w 5 dnia po wypadku. Kol. Edw. Beatus przy emphysema

subcutaneum zaleca zimne okłady, kollodjum i bandażowania.

5. Kol. Sikorski referował „wypadek samoistnego wyleczenia z kamieni żółciowych" wraz z demonstrancją okazów.

Kobieta 61-letnia zgłosiła się do kol. Sikorskiego z przetoką w okolicy wątroby, sonda drążyła w okolicu pęcherzyka żółciowego, palec nie przechodził; zalecono operacyjne rozszerzenia fistuły, na co chora się nie zgodziła. Po kilku tygodniach przez przetokę wydzieliły się 2 kamienie, 5 i 6 gram. ważące; palec przez przetokę wchodzi, sonda drąży głęboko (10 ctm); po kilku tygodniach odszedł 3-ci i wreszcie 4-ty mniejszy kamień (demonstrancja okazów).

Na tem posiedzenie skończono.

Posiedzenie z dnia 18 Lutego 1907.
Przewodniczący kol. Wilczewski.
Obecnych 11 członków.

1. Protokół poprzedniego zebrania przeczytano i przyjęto.

2. Przewodniczący odczytał szczegółowe sprawozdanie z działalności Kaliskiego Komitetu pomocy koleżeńskiej dla żon i rodzin kolegów, powołanych na wojnę; sprawozdanie, zredagowane przez kol. Drozdowskiego, zaznacza, że zebrano na powyższy cel od lekarzy gub. Kaliskiej 768 r. 50 kop. i z pomocy do wysokości tej sumy korzystały 3 żony lekarzy z gub. Kaliskiej; sprawozdanie kończy się dezyderatem, aby zapomogi udzielone, zostały według możności zwrócone przez nich na fundusz Kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy i ich rodzin.

3. Kol. Edward Beatus: „Niezwykły przebieg szkarlatyny u dorosłego". U chorego lat 30, słabej budowy, gorączkującego, trzeciego dnia występuje wysypka szkarlatynowa na plecach z odcieniem cyanotycznym, w moczu 1‰ białko język i gardło czyste; wysypka następnie zajmuje tułów i kończyny. Jednocześnie zjawia się kłócie w lewym szczycie płuc i ref. konstatuje pneumoniam lobi sup. sin. Następnie pneumonia przechodzi na prawy dolny płat płuc, białko w moczu znika, krytyczny spadek temperatury 9 dnia choroby. Po kilku dniach pneumonia w prawym średnim płacie, temperatura podnosi się; kol. Beatus konstatuje pyothorax sinistr.; chory nie zgadza się na thorakotomję i wyjeżdża za granicę. Chory zupełnie wyzdrowiał po dokonanej w Wrocławiu operacji.

W powyższym przypadku zwraca uwagę kol. ref. na nieznaczne łuszczenie się skóry po 3 tygodniach, brak specyficznej anginy, wahania w zawartości białka w moczu, terapeutycznie zaś stwierdził brak wpływu podawanego w lawatywach 5% Kollargolu po 30,0.

4. Kol. Edward Beatus: „Przypadek ciąży jajowodowej.

Chora wieloródka lat 37 (5 poronień jeden poród z kleszczowy) skarży się na bóle brzucha i omdlenia. Przy badaniu znaleziono: szyjka wydłużona, ciało macicy niewyczuwalne, sklepienie wolne, w dolnej części brzucha z prawej strony guz wielkości kurzego jaja. Rozpoznano (konsylium z kol. Kasprzakiem) ciążę pozamaciczną i zalecono bezwłocznie operację, której dokonał specjalista dr. Asch z Wrocławia. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono jajnik prawy prawidłowy, jajowód zaś pęknięty wzdłuż, płód z błonami wielkości włoskiego orzecha tkwił w tej części jajowodu, która zbliża się do do jajnika. Chora pod narkozą chloroformową dobrze zniosła operację, nazajutrz wydzieliły się z macicy błony doczesne. Chora po 10 dniach opuściła szpital zdrowa.

Kol. Beatus kładzie nacisk na konieczność bezzwłocznej operacji ciąży pozamacicznej.

Na tem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie z dnia 19 Marca 1907.
Przewodniczący kol. Drozdowski.
Obecnych 8 członków.

1. Protokół poprzedniego zebrania przeczytano i przyjęto.

2. Odczytano odezwę Rossyjskiego Towarzystwa Chirurgicznego im. Pirogowa zawiadamiającą o 25-letnim jubileuszu Towarzystwa.

3. Przewodniczący kol. Drozdowski referował „o niezwykłym przebiegu ran postrzałowych, zadanych z rewolweru syst. Browninga".

Do stróża policyjnego dano 2 strzały z odległości 15 kroków. Skonstatowano 3 rany; pierwsza na lewo od kręgosłupa na wysokości 5 kręgu lędźwiowego, druga na lewym pośladku o 11 ctm. niżej od pierwszej; prącie silnie obrzękłe i na napletku na stronie górnozewnętrznej 3-cia rana. Z powyższego ref. wywnioskował, że pacjent otrzymał dwa postrzały; przebieg jednego z nich nadzwyczaj: ciekawy, wejściowy otwór na pośladku, wyjściowy zaś na napletku prącia; kula przeszła pod skórą prącia nie uszkodziwszy pęcherza i ciał jamistych; przebieg

drugiej kuli wyjaśniła obserwacja. Po 4 dniach w lewej okolicy pachwinowej utworzył się w ściance brzusznej ropień, po otwarcia którego znaleziono znaleziono kulę małego kalibru z koszulką metalową. Kula zatem, wszedłszy z lewej strony kręgosłupa, utkwiła w ściance brzusznej. Chory po 2 tygodniach wyzdrowiał.

Prelegent wyraża żdziwienie z powodu małych zniszczeń w tkankach i małej siły strzału z rewolweru syst. Browninga.

Na tem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie z dnia 17 Kwietnia 1907.
Przewodniczący kol Wilczewski.
Obecnych 11 członków.

1. Protokół poprzedniego zebrania przeczytano i przyjęto.

2. Odczytano listy prof, Laskowskiego z Genewy i dra Biegańskiego z Częstochowy, w których wyżej wymienieni dziękują w serdecznych wyrazach za mianowanie ich członkami honorowymi Kaliskiego Towarzystwa.

3. Kol. Kasprzak zabrał głos, referując 2 rzadkie kazuistyczne przypadki:

1) „Vagina foetalis; defectus uteri et adnexorum". U 19-letniej dziewczyny dobrze zbudowanej ref. skonstatował: pochwa ma długości 4 ctm, macicy zaś per vaginam i per rectum zupełnie się nie wyczuwa, również brak jajników. Perjodów nie miała ani razu; owłosienie organów płciowych obfite, sutki; wargi małe i duże zupełnie prawidłowo rozwinięte; pierwszy coitus przed rokiem, później kilkakrotnie bez żadnego zadowolenia płciowego. W powyższym przypadku uderza silna budowa i prawidłowy rozwój zewnętrznych organów płciowych przy braku macicy i jajników.

2) Kol. Kasprzak: Retentio membranarum ovi post abortum. Metrorrhagia. Peritonitis. Sanatio.

Chora, wieloródka, po poronieniu w 3-cim miesiącu, wskutek silnego krwotoku przywieziona została na oddział położniczy szpitala św. Trójcy w stanie silnej anemii. Dokonano niezwłocznie wyskrobania jamy macicy, którą wyjodynowano; chorej zastrzyknięto 600 ctm. c. rozczynu fizjologicznego soli kuchennej pod skórę. W ciągu dni następnych wystąpiła silna biegunka, puls wyczuwalny. Po tygodniu skonstatowano prawostronny wysięk surowiczy w opłucnej; w prawem zaś podżebrzu chełbotanie, ropęprzy punkcji próbnej. Pod narkozą chloroformową otworzono abscess inkapsulowany; wylało się koło 3 litrów płynu ropnokrwawego, palcem można skonstatować zrosty. Gojenie rany bez powikłań w ciągu 4 tygodni. Stan ogólny znacznie się poprawił. Anemia mniej wydatna. Po 2 miesiącach zjawia się perjod. Chora zdrowieje. W przytoczonym przypadku kol. Kasprzak zwraca uwagę na 2 momenty: 1) systematyczne zastrzykiwania podskórne 2 razy dziennie po 300 grm. rozczynu soli w ciągu 14 dni utrzymało chorą, będącą bez, pulsu przy życiu bez stosowania środków podniecających; 2) peritonitis dzięki otorbieniu zakończył się dobrze.

4. Kol. Krzymuski zakomunikował o przypadku gruźlicy prosówkowej stwierdzonym sekcyjnie.

Na tem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie z dnia 17 Maja 1907 r.
Przewodniczący kol. Drozdowski.
Obecnych 8 członków.

1. Przeczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania.

2. Przewodniczący zakomunikował o pojawieniu się na przedmieściu Czaczki ospy naturalnej (rodzina, złożona z ojca i 5 dzieci).

3. Kol. Edward Beatus referował o „Placenta praevia centralis. Ruptura colli uteri et fornicis sinistri. Sanatio. W powyższym przypadku przy dokonywaniu obrotu na nóżki nastąpiło pęknięcie szyjki macicy i lewego sklepienia — obrotu dokonano bez narkozy; poród nastąpił — dziecko żyło kwadrans; w kilka godzin po porodzie zapaść, wtedy zaszyto ranę 8 szwami katgutowymi.

Chora wyzdrowiała.

4. Kol. Edward Beatus demonstrował skamieniały wianek maciczny, przesycony złogami wapiennymi, który chora nosiła przez lat 16; wywołał fistulam vesico-vaginalem.

5. Kol. Wilczewski referował przypadek „Meningitis purulenta". Chory nagle dostał silnego bólu głowy i stracił przytomność, objawy objektywne: wysoka ciepłota do 40°, śpiączka, sztywność karku, zez i ropienie z oczu. Z anamnezy, zebranej od rodziny, dowiadujemy się, że przybył przed 2 dniami ze Sosnowca, gdzie, pracując przed 3 tygodniami przy robotach ziemnych, został przysypany ziemią, lecz zaraz wykopano go i czuł się dobrze. Chory nieprzytomny, zmarł 3-go dnia po pobycie. Sekcja wykazała obecność gęstej ropy na oponach i w komorach mózgu oraz świeże brodawkowe wegetacje na zastawce dwójdzielnej (Leptomeningitis pur. Endocarditis acuta).

Patogeneza tego przypadku zdaje się być w związku z urazem zewnętrznym.

6. Kol. Michał Zucker przedstawił historję projektu zbudowania domu przedpogrzebowego dla żydów ze zastosowaniem wymagań hygienienicznych. Projekt ten zapoczątkował referent w Towarzystwie Hygienicznem a Zarząd Kaliskiego Oddziału zwrócił się do Zarządu Gminy żydowskiej, ale sprawa nie została rostrzygnięta. Obecnie wobec przepełnienia starego cmentarza, zbierane są fundusze, aby na nowym cmentarzu żydowskim powstał odpowiednio urządzony dom przedpogrzebowy.

7. Wobec świeżego przypadku infekcji gruźliczej u 10 miesięcznego dziecka po obrzezaniu (ref. prezes kol. Drozdowski), postanowiono zwrócić się do rabina miejscowego, aby dotkniętemu gruźlicą wykonawcy—obrzezania dokonywać zabronił.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz F. Krzymuski.

Sprawozdanie Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego za r. 1906.

Na początku roku 1906, a 4-go swego istnienia — Towarzystwo liczyło 65 członków; w ciągu roku sprawozdawczego ubyło: na skutek śmierci — 1 członek rzeczyw.; z powodu wyjazdu—4 członków rzeczyw., oraz z innych przyczyn—2; razem ubyło 7 członków, w końcu więc roku 1906 Towarzystwo liczyło—58 czł.a mianowicie : 2 członków honorowych, 54 członków rzeczywistych oraz 2 członków korespondentów.

W myśl § 12 statutu w roku ubiegłym z powodu ukończenia 3 ch letniej kadencji ustąpili z Zarządu: Prezes—kol. J. Majkowski (który zarazem zrzekł się przewodnictwa w Towarzystwie z powodu swego wyjazdu na stałe do Warszawy), Członek Bibliotekarz — kol. J. Kondratowicz, oraz Członek Komisyi Rewizyjnej—prow. Łagodziński.

Wybory na miejsce ustępujących odbyły się 7 kwietnia 1906 r. na których mocy Zarząd ukonstytuował się jak następuje: Prezes—starszy lekarz szpitala starozakonnych w Radomiu — kol. Henryk Fidler; Wice-Prezes — ordynator szpitala Ś-go Kazimierza w Radomiu—kol. Franciszek Kosicki; Członkowie:— wolnopraktykujący lekarz kol. Stanisław Idzikowski i lekarz powiatu radomskiego — kol. Józef Pełczyński; Sekretarz — lekarz wolnopraktykujący — kol. Wacław Cennère, Skarbnik—lekarz wolnopraktykujący — kol. Antoni Szczepaniak, oraz Bibliotekarz — kol. Józefat Kondratowicz.

W roku sprawozdawczym odbyło się, zamiast 10-ciu, tylko 6 posiedzeń zwyczajnych oraz 1 nadzwyczajne. Zebrania w styczniu, lutym i marcu z powodu ogłoszonego stanu wojennego i ogólnego przygnębienia—nie były zwoływane.

Na każdem posiedzeniu było obecnych przeciędciowo 16 członków, co stanowi zaledwie 25$^0/_0$ ogólnej ich liczbie. Maximum było (25 czł.) na posiedzeniu wyborczem dn. 7 kwietnia—minimum (9 czł.) —27 października. Nadto na posiedzenia było wprowadzonych 2 gości.

Na posiedzeniach powyższych wygłoszono: 4 odczyty, 1 referat zbiorowy oraz przedstawiono 1 pokaz.

Ruch członków, frekwencyę, liczbę odczytów i pokazów oraz posiedzeń za 4 lata istnienia Towarzystwa naszego wykazuje poniżej zamieszczona tablica:

Rok istnien.	Rok	Liczba członk.	Liczba posied.	Frekw. w $^0/_0$	Liczba odczyt.	Liczba pokaz.
I	1903	67	11	51	19	10
II	1904	67	10	37	12	14
III	1905	65	7	29	7	4
IV	1906	58	6	25	4	1

Powyższe dane wskazują, iż jak liczba członków, posiedzeń, tak i frekwencya oraz liczba odczytów i pokazów stale się zmniejsza, zwłaszcza w 2 ostatnich latach, a w roku sprawozdawczym spadła do niebywale małej cyfry. Cztery odczyty i jeden pokaz—za cały rok, niewątpliwie wskazuje, iż zainteresowanie członków sprawami Towarzystwa jest minimalne.

Odczyty w roku sprawozdawczym wypowiedzieli:

1) kol. H. Fidler: „Przewinienia i kary szkolne“ (druk. w „Myśli niepodległej“ № 4 z r. 1906). W odczycie tym, nader sumiennie opracowanym, autor poruszył ciekawe kwestye z etyki szkolnej, a dla nas w obecnych warunkach sprawę podwójnie ważną, gdyż, ująwszy już w części w swoje ręce szkolnictwo, które w niedalekiej może przyszłości będzie całkowicie i niepodzielnie w naszej władzy, powinniśmy dokładnie uświadomić sobie wyniki dotychczasowego sposobu wychowania i nauczania. Materyał do swej pracy kol. F. czerpał z dzienników kar i przewinień

uczniów b. szkoły handlowej za lata $190^1/_2$, $190^2/_3$ i $190^3/_4$.

2) kol. Z. Kołodner odczytał rzecz: „O znieczulaniu lędźwiowem stovainą.“ Referent zakomunikował 2 przypadki, w których znieczulenie powyższą metodą stosował, a wobec nieotrzymania jakichbądź niepomyślnych następstw, sądzi, iż znieczulanie lędźwiowe zapomocą stovainy powinno znaleść szerokie zastosowanie w odpowiednich przypadkach, zwłaszcza przy wszystkich zabiegach na rectum.

3) kol. Raszkos w odczycie „W sprawie odczynnika durowego D-ra Karwackiego“ na zasadzie wyników swych badań serodyagnostycznych z odczynnikiem Ficker'a i Karwackiego — przychodzi do wniosku, że odczynnik tego ostatniego o wiele jest czulszy.

4) kol. Rakowski — w odczycie: „Praca lekarska na placu boju podczas wojny rossyjsko-japońskiej“ —zakomunikował szczegóły organizacyi pomocy lekarskiej podczas powyższej wojny—zaś 5) kol. J. Kondratowicz w obszernym referacie zaznajomił członków ze zbiorową pracą p. t. „Medycyna w samorządzie.“

Jak to wyżej zaznaczono, pokazów był 1, mianowicie kol. F. Kosicki— przedstawił 5-cio letniego chłopca, któremu skutkiem oparzenia, a następnie nienależytego opatrywania ran, ramię zrosło się z klatką piersiową; referent dokonał operacyi plastycznej, której wynikiem było, iż chłopiec mógł wykonywać kończyną wszelkie ruchy.

Przystępując z kolei do zdania sprawy z czynności Towarzystwa na polu hygieny, zaznaczyć należy, iż przykładem lat ubiegłych — urządzone były punkty szczepienne ospy ochronnej — właściwie jednak w roku ubiegłym czynny był jedynie jeden w lokalu Towarzystwa od dn. 26. V. do 25 VI. 1906. Zaszczepiono podług wieku i płci: do 3 mies. życia—3 chł. —4 dziew., do 6 m.—8 chł.—15 dz.; do 9 m.—chł. 5, dziew. 14; do 1 roku—chł. 9 —dziew. 13; do 2 lat—chł. 6 dz. 17; do 3 lat—chł. 4 dz. 5; do 4 lat—chł. 3—dz. 1. do 5 lat—chł. 1—dz.—; do 6 lat—chł. 5. dz. 4. do 7 lat — chł. 1 dz. 3; bez oznaczenia wieku—chł. 1 dz. 2; czyli razem zaszczepiono 46 chł. 78 dziew. ogółem 124 dzieci. Widzimy więc, że ilość szczepionek w lokalu Tow. Lek., w porównaniu z rokiem zeszłym, wzrosła i że wśród szczepionych było dość dużo w wieku powyżej 2 lat t. j. tych, którzy nie byli zaszczepiani dotąd zapewne z przyczyny zupełnej niemożności zapłacenia choćby minimalnego honoraryum szczepiącemu. Jest to najważniejsza racya do prowadzenia bezpłatnego szczepienia i nadal w lokalu Tow. Lek. zwłaszcza wobec centralnego położenia tej stacyi w mieście.

Wobec szerzenia się w mieście chorób zakaźnych, Towarzystwo, w myśl uchwały ogólnego zebrania członków z dn. 22 września 1906 r.—zwróciło się do Zarządu miejskiego z powiadomieniem o panującej epidemii odry, płonicy i duru brzusznego, zwracając uwagę, iż w celu zapobieżenia dalszemu szerzeniu się wyżej wzmiankowanych chorób niezbędnem jest dokonywanie dezynfekcji przy pomocy istniejącej, a nieczynnej do tej pory, komory odkażającej, przyczem Towarzystwo uważa za konieczne, ażeby odkażanie odbywało się pod kontrolą lekarza, by było bezpłatnem, nałożenie bowiem opłaty niechybnie wpłynęłoby na uchylanie się ludności od wykonywania odkażania— oraz aby lekarze zobowiązali się zawiadamiać o wszystkich wypadkach chorób zakaźnych. W razie gdyby Zarząd miejski zarządał pomocy Towarzystwa w sprawie odkażania, Towarzystwo upoważniło 2 swych członków: kol. W. Cennère'a i kol. I. Pełczyńskiego w charakterze delegatów w celu udzielenia Magistratowi odnośnych wyjaśnień. Zarząd miejski, zwoławszy posiedzenie komitetu sanitarnego i zaprosiwszy wyżej wspomnianych delegatów Towarzystwa Lekarskiego, uznał słuszność dezyderatów Towarzystwa, ustanowił posadę czasowego lekarza sanitarnego miasta, powierzywszy mu prowadzenie walki z panującemi chorobami zakaźnemi.

Tak przedstawia się działalność Towarzystwa za rok 1906. Należy tu dodać, iż wszelkie uprzednio wyznaczone komisye w celu opracowania specyalnych spraw podniesionych przez Towarzystwo w roku ubiegłym nie pracowały. A sprawy te są następujące: 1) W sprawie uporządkowania ochronnego szczepienia ospy; 2) w sprawie założenia sanatoryum gubernialnego; 3) w sprawie zbadania wody do picia w ziemi Radomskiej; 4) w sprawie emerytur dla lekarzy; 5) w sprawie utworzenia posad lekarzy szkolnych w szkołach początkowych; 6) w sprawie większego rozpowszechnienia naszych wód mineralnych; 7) w sprawie zastąpienia leków i środków opatrunkowych niemieckich polskimi i cudzoziemskimi, nie-niemieckimi; 8) o założeniu muzeum anatomo-patologicznego przy Towarzystwie; 9) o konieczności poprawy stanu sanitarnego szkół

początkowych w ziemi radomskiej; 10) w sprawie regestracyi chorób zakaźnych panujących w naszej gubernii; 11) w sprawie zbadania pod względem sanitarnym domów, mieszkań i dziedzińców w m. Radomiu; 12) w sprawie zbierania danych o sposobach szerzenia się błonicy; 13) w sprawie konieczności zreorganizowania komisyj sanitarno-wykonawczych; 14) w sprawie utworzenia przy Towarzystwie związku zawodowego lekarzy ziemi radomskiej. Wiele z powyższych spraw, wobec spodziewanego zaprowadzenia samorządu—domaga się corychlejszego opracowania. Tymczasem liczba członków się zmniejsza. To też niech będzie dozwolonem wyrazić na tem miejscu nadzieję, iż w roku przyszłym liczba ta się zwiększy przez przybycie sił nowych, obdarzonych energją i zapałem do pracy. Być może, iż wskutek połączenia tych sił z obecnemi —zakwitnie znów działalność naszego Towarzystwa, jak tego się można było spodziewać po pierwszych 2 latach jego istnienia.

Zarząd w roku ubiegłym odbył 18 posiedzeń. na których rozstrzygane były sprawy administracyjne oraz wszystkie wnoszone następnie pod obrady ogólnych zebrań członków. Ruch korespondencyi był następujący: wpłynęło odezw 29, wysłano 432.

Jak i lat poprzednich sali na posiedzenia Ogólne udzielał łaskawie Zarząd kasy Przemysłowców Radomskich, za co raczy przyjąć serdeczne podziękowanie.

Stan kasy.

D o c h ó d.

Remanent z r. 1905	rb.	183	kop.	90
Zaległe składki z r. 1904	rb.	9	„	—
„ „ z r. 1905	rb.	126	„	—
Składki za rok 1906	rb.	462	„	—
Ze sprzedaży broszurki: „Wskazówki ochron. przeciw cholerze“	rb.	11	kop.	75
Razem	rb.	792	kop.	65

R o z c h ó d.

Lokal	rb.	160	kop.	—
Opał i światło	rb.	36	„	40
Pensja woźnego	„	120	„	—
Służbie na ogólnych zebraniach	rb.	7	„	—
Kupno półek do bibliotek	rb.	20	„	—
Prenumerata czasopism	„	195	„	33
Kupno dzieł	„	24	„	10
Oprawa książek i roczników	rb.	18	kop.	—
Kancelaryjne: utrzymanie w porządku lokalu, portorja, druki, blankiety, książki kasowe, materyały piśmienne, gratyfikacya dla służby	rb.	42	kop.	33
Razem	rb.	42	kop.	23

P o r ó w n a n i e.

Dochód	rb.	792	kop.	65
Rozchód	rb.	623	kop.	23
Pozostaje z d. 1 I. 07.	rb.	169	kop.	42

Rachunek funduszu dla wdów i sierot po lekarzach Ziemi Radomskiej.

W celu zorganizowania pomocy dla rodzin tych powołanych z ziemi Radomskiej na teren wojny lekarzy, którzy pozostawili je w niepomyślnym stanie materyalnym, Towarzystwo Lekarskie Radomskie uchwałą swą z dnia 12 listodada 1904 r. postanowiło zbierać miesięczne składki od lekarzy w ziemi Radomskiej zamieszkałych w celu utworzenia funduszu na zapomogi wyżej wspomnianych rodzin. Składki te zebrane w ciągu jednego miesiąca wyniosły rb. 148 kop. 50, z której to sumy wypłacono tytułem zapomogi żonie lekarza powołanego z ziemi Radomskiej na Daleki Wschód.—rb. 100 (sto). Wobec braku odpowiednich zgłoszeń zbieranie składek w następstwie zóstało wstrzymane, pozostał więc remanent rb. 48 kop. 50, który wraz z summą rb. 33 kop. 50, złożoną przez kolegów na ten cel zamiast wieńca na trumne ś. p. kol. L. Żerańskiego, stanowił sumę rb. 82. Uchwałą ogólnego zebrania Członków Towarzystwa z dnia 26 maja 1906 r. postanowiono powyższą summę rb. 82 przeznaczyć na fundusz dla wdów i sierot po lekarzach Ziemi Radomskiej i fundusz ten przechowywać przy Towarzystwie Lekarskiem Radomskiem.

Rachunek powyższego funduszu przedstawia się jak następuje:

1) Remanent z funduszu zapomogowego dla rodzin powołanych na plac boju lekarzy	rb.	48	kod.	50
2) Złożono zamiast wieńca na grób ś. p. L. Żerańskiego	rb.	33	kop.	50
3) Złożono zamiast wieńca na trumne ś. p. J. Goldsztejna	rb.	28	kop.	—
4) Ofiary dobrowolne	rb.	9	kop.	—
5) Procent za r. 1906.	rb.	2	kop.	36
Z dn. więc 1 Stycznia 1907 r. fundusz powyższy wynosi	rb.	121	kop.	36

Stan biblioteki.

Z dn. 1 stycznia 1907 r. Biblioteka Towarzystwa liczyła 879 dzieł i broszur w 1036 tomach wartości rb. 827 kop. 40. W roku bieżącym nabyto następujące dzieła: Śniadecki—Teorya jestestw organicznych; Forel—Zagadnienia seksualne; Steinhaus—Histologja patologiczna; Sander—Zarys nauki o publicznej ochronie zdrowia; Janke—Zasady hygieny szkolnej; Orłowski—Choroby nerwów obwodowych; Medycyna w samorządzie; Heiman—Choroby narządu słuchowego. Na prenumeratę czasopism wydatkowano rb. 195 kop. 33.—Prenumerowano w r. 1906 oprócz prenumerowanych w r. 1905,—Przegląd chorób skórnych i wenerycznych i Żurnał Obszczestwo Rus. wraczej w pamiat Pirogoffa. Czasopism peryodycznych oprawionych znajduje się w bibliotece 182 tomy. W roku ubiegłym kol. Rogoziński ofiarował Towarzystwu: 1) Gazeta Lekarska 1891—1897—tomów 7; 2) Medycyna 1893—1902—tomów 10; 3) The Lancet 1891—1895—tomów 10; 4) Deut. Med. Wochenschrift 1894—1896—tomów 4; 5) Il Policlinica—tom 2. 6) Sprawozdanie z XI kongresu międzynarodowego lekarskiego w Rzymie—tomów 6; Nowiny Lekarskie—6 roczników.

Na oprawę dzieł i roczników wydano rb. 18 kop. 07, oraz zakupiono za rb. 20 półki dla przechowywania czasopism.

Skład osobisty Towarzystwa.

Zarząd.

Prezes: Henryk Fidler; Wice-Prezes —Franciszek Kosicki. Członkowie: Stanisław Idzikowski i Józef Pełczyński; Sekretarz — Wacław Cennére; Skarbnik — Antoni Szczepaniak; Bibljotekarz — Józefat Kondratowicz.

Komisya Rewizyjna.

Zygmunt Płużański, Eugenjusz Janiszewski i Feliks Łagodziński.

Członkowie Honorowi.

Władysław Biegański, Juljan Majkowski.

Członkowie rzeczywiści.

1) Adamski Eugeniusz 2) Bijejko Feliks 3) Bortnowski Piotr (Opatów) 4) Cennére Wacław 5) Cieszkowski Feliks; 6) Drewnowski Edmund 7) Fidler Henryk 8) Finkelsztein Władysław 9) Frick Stefan 10) Fuksiewicz Leon 11) Glibowski Wincenty (Sandomierz) 12) Głogowski Jan (Ostrowiec) 13) Górski Michał 14) Helcman Adam 15) Horoszewicz Tytus (Końskie) 16) Idzikowski Stanisław 17) Janasiewicz Antoni (Starachowice) 17) Janiszewski Eugeniusz 19) Karbownicki Leon (Staszów) 20) Kasprzykowski Juljan 21) Kołodner Zygmunt 22) Kondratowicz Józefat 23) Kosicki Franciszek 24) Lubodziecki Ludwik (Ożarów) 25) Łagodziński Feliks 26) Marx Kazimierz 27) Michalski Adam 28) Papiewski Władysław 29) Pełczyński Józef 30) Piątowski Stanisław 31) Piotrowski Jan 32) Płachecki Jan 33) Płużański Zygmunt 34) Pomper Adolf 35) Przychodzki Jan 36) Przyłęcki Włodzimierz 37) Rakowski Aleksander (Zawichost) 38) Rakowski Tadeusz (Szydłowice) 39) Raszkes Henryk 40) Rejment Michał (Przedbórz) 41) Rogoziński Kazimierz 42) Ryl Henryk 43) Sawczenko Włodzimierz 44) Skrzyński Bolesław 45) Stempkowski Stefan 46) Szczepaniak Antoni 47) Szymański Józef 48) Ungier Korneljusz 49) Wędrychowski Kazimierz (Szydłowice) 50) Żarembski Jan (Opoczno) 51) Zbrożek Feliks (Końskie) 52) Żysman Jakób (Klimontów) 53) Żakowski Jan (Ostrowiec).

Członkowie korespondenci.

Biehler Matylda (Warszawa) i Żebrowski Aleksander (Warszawa).

Zmarli:

ś. p. Józef Goldsztejn.

Krytyka i bibliografja.

Dr. Stanisław Serkowski. — **Mleko i mleczarstwo** w oświetleniu hygieny i bakteryologii, ze 30 rysunkami w tekście. Wydawnictwo kasy dr. J. Mianowskiego z zasiłkiem t-stwa dla popierania polskiej nauki rolnictwa. Warszawa. Skład główny Gebethner i Wolff 1907. (str. 475).

Monografja o mleku krowiem, które tak wybitną gra rolę w odżywianiu ludzkości nietylko w wieku niemowlęcym, napisana przez bakterjologa znanego imienia już sama przez się przedstawia wybitne zjawisko naukowe. Niedość na tem;

autor chce łączyć cel naukowy z czysto praktycznym, albowiem, jak pisze w przedmowie, „dokładna znajomość teoretyczna i praktyczna obecnych prądów i obecnego stanu wiedzy w zakresie hygieny i bakterjologii mleka doskonale może jednoczyć i pogodzić rozbieżne pozornie interesy producenta z wymaganiami konsumenta.... Z treści tej pracy przekonać się można, że możliwem jest porozumienie i zjednoczenie interesów wytwórcy i spożywcy.“ Autor ma też nadzieję, że materjału do pogadanek w sprawie mleczarstwa kółkom rolniczym dostarczyła też praca niniejsza.

Obywatelskiem jest to życzenie, jak wogóle cała praca przejętą jest dobrem zrozumieniem interesu jednostek, producentów, którzy, dostarczajac odbiorcom, t. j. prawie całej ludności, zwłaszcza miejskiej, mleczywa w kolosalnych ilościach, stają się odpowiedzialnymi przed szerokim ogółem za dobroć dostarczanego produktu. Autor nawołuje do tworzenia związków mleczarskich, których potrzebę odczuło instynktownie społeczeństwo już i u nas — poprzednio zagranicą,—znajdując przytem, że przewrót ten ma też swoją dostatnią stronę, albowiem taka skapitalizowana produkcja mleka ułatwia nad niem kontrolę. W tej kwestyi możnaby niezupełnie zgodzić się z autorem, bo wielka produkcja, gdy będzie skierowaną w stronę falsyfikacji, może więcej przynieść szkody, jak produkcje małe. Autor też uważa, iż powołanie do życia stacyi hodowlano-mleczarskiej, jak również szkoły mleczarstwa, należy do najpilniejszch spraw rolnictwa krajowego. Tyle co do celu i znaczenia pracy. Samo dzieło w nakładzie swoim nie jest wyłącznie naukowem lub też czysto praktycznem: jedno z drugiem jest powiązane nieraz w bardzo misterny sposób. W każdym razie w pierwszych dwu rozdziałach mamy bjologiczno-chemiczne dane o mleku; można tu zauważyć, że chemizm mleka jest traktowany zbyt pobieżnie. Następne rozdziały traktują o pochodzeniu i rozwoju bakteryi w mleku, zarówno jak i o drobnoustrojach kwasu mlecznego i kazeiny: w tym oddziale znajdujemy dość obszerny ustęp o współczesnej aktualności mlecznej, mianowicie o „laktobacylinie“, ale oparty więcej na cytatach z innych źródeł, aniżeli na własnych poglądach autora. Następnie idzie rzecz o wadach mleka, masła i sera—rozumie się, spowodowanych przez rozmaitego rodzaju bakterye. W dalszym ciągu idzie rzecz o gruźlicy ludzi i perlicy bydła, przyczem autor jest zdecydowanym unitarystą co do pochodzenia tych dwu zakażeń i słusznie, gdyż walka z gruźlicą zwierząt zmniejsza bez wątpienia gruźlicę u ludzi. Wreszcie, ostatni rozdział bakteryologii mleka traktuje o innych zarazkach chorobotwórczych, między innymi ciekawe są własne doświadczenia autora o przenoszeniu zarazków chorobotwórczych muchy do mleka, jak to zresztą już stwierdzono co do innych płynów i organizmów—muchy bezwarunkowo mogą zakażać, siadając na przedmiotach zakażonych, a potem na czystych. t. j. przenoszą zarodki chorób.

Dalsze rozdziały (od X do XIV) zawierają dane tyczące się właściwego mleczarstwa, a przedewszystkiem ogólnego nizkiego stanu mleczarstwa u nas i historyczne dane tyczące się kontroli mleczarstwa, które, podług zdania autora, powinna być faktyczną, urządzać wystawy, nagradzać wystawców; zamiast importu krów rasowych zagranicznych dążyć do podniesienia i rozpowszechnienia rasy krajowej i zwoływać zjazdy fachowców i hodowców. Nie bez słuszności autor zaznacza, iż „prawidłowy *rozwój mleczarstwa* w Polsce *warunkuje się* w pierwszej linii *podniesieniem poziomu kulturalnego* i sił ekonomicznych ludu.“ Nietrudno byłoby jednak dowieść, że ulepszenie mleczarstwa wpłynie na podniesienie poziomu kultury ludowej. Jeden rozdział jest poświęcony metodom i sposobom badania mleka, zarówno jak i ocenie sanitarnej mleka, które powinno niezawierać domieszek i środków konserwujących, nie może też zawierać amonjaku i znaczniejszej ilości brudu (w osadzie), nie może, przy badaniu mikroskopowem, zawierać ciałek krwi, ropy lub siary i przy badaniu bakterjologicznem nie powinno mieć w sobie zarodków bakterji gnilnych i gruźliczych. Badanie na inne bakterje, a dodajmy od siebie, że i na gruźlicze, nie mogą często dać wyników dodatnich, dlatego też przy zwykłej ocenie mleka muszą być pomijane.

Następne trzy rozdziały są poświęcone właściwemu mleczarstwu postępowemu i uczą, jak zabezpieczać mleko od wpływów szkodliwych, jak je oczyszczać i utrwalać, czyli zabezpieczać od zepsucia. W tej ostatniej części są dosyć szeroko omówione instytucje filantropijne znane pod nazwą „Kropla mleka“, o mleku trwałem i jego wartości. Tak samo w dziale oczyszczania szeroko jest traktowanem centryfugowanie mleka.

Czy książka ta jest bez zarzutu?

Są pewne uchybienia, których w tak krótkiej ocenie nie sposób jest wskazywać. Postawiłbym pewien zarzut ogólny—pewną bezkrytyczność w ocenie metod, zwłaszcza bakterjologicznych, wskutek czego ludzie mniej z rzeczą obeznani mogą się gubić w zastosowaniu tego lub owego sposobu. Z drugiej zaś strony można to uważać za zaletę—ścisłą objektywność, która, naszem zdaniem, w książce przeznaczonej dla szerokiego koła producentów mlecznych, będzie nieco przeszkadzała praktycznemu jej rozpowszechnieniu. Zresztą, niedaleka przyszłość okaże, o ile są lub nie słusznemi te uwagi.

Jeszcze jedno: książka wydana z zapomogi Mianowskiego nie powinna mieć tak wysokiej ceny. $4^1/_2$ rub. to wypada po 15 kop. za arkusz, co jest na nasze stosunki wydawnicze sumą zbyt wielką, gdyż cena arkusza nie powinna przenosić 10 kop. To są jednak drobiazgi, które nie mogą wpłynąć na rozpowszechnienie tak bardzo pożytecznego wydawnictwa.

Dr. S. Bartoszewicz.

Dr. S. Łagowski *Co to jest gruźlica (suchoty) i jak się od niej chronić należy.* Popularne dziełko konkursowe. Wydawnictwo imienia Alfreda Sokołowskiego Nr. 1. Warszawa 1907. Stronic 68. Cena złp. jeden.

Świetnie napisana broszura.

Zarówno zakres pojęć i faktów, jak i sposób wykładu doskonale przystosowany do potrzeb drobnej inteligencji naszej, dla której książka jest przeznaczona.

Na jednę uwagę krytyczną sobie pozwolę.

W rozdziale:

„Co zrobiono u nas“ nic nie wspomniał autor o pożytku leczenia szpitalnego, o jego wyższości nad leczeniem domowem nawet w naszych szpitalach — dla wielu naszych chorych, żyjących w fatalnych warunkach domowych. Jeżeli do szpitala będą się zgłaszać chorzy na gruźlicę w okresie dającym możność poprawy, zmuszą ordynatorów szpitalnych do stosowania metody sanatoryjnej — co będzie postępem naszego lecznictwa praktycznego. Dotąd tylko bezdomni marantycy udają się do szpitali, szczególniej na prowincji. Tam jednak, gdzie lekarze o to dbają i leczą chorych nie tylko kreozotem i kodeiną, tam — wiem o tem —nawet na ogólnych salach szpitali nieraz takich chorych uzdrawiają; naturalnie, jeszcze więcej daje się osiągnąć w specjalnych oddziałach szpitalnych.

Doskonałe dziełko kolegi Łagowskiego jest pierwszym tomikiem biblioteczki Sokołowskiego, który nagrodę Akademii Krakowskiej (za „Wykłady kliniczne chorób dróg obdechowych“) przeznaczył na użytek publiczny.

Wydawnictwu życzymy, by dalsze zeszyty były tak dobre, jak ten pierwszy.

S. Sterling.

Robotnicza Biblioteczka Hygieniczna Nr. 4. Pierwsza pomoc w wypadkach nagłych. Opracował Dr. Ignacy Perlis. Cena 10 groszy. Łódź 1907. Wydawnictwo Oddziału Łódzkiego Towarz. Hygienicznego. Str. 24. Rysunków 9.

Jako czwarty — z kolei — zeszyt wydawnictwa „Robotniczej Biblioteczki hygienicznej“ wydał Łódzki Oddział Tow. Hyg. pracę kol. Perlisa.

Opracowana w zakresie wiadomości niezbędnych dla ludzi pracujących fizycznie, wyczerpuje ta broszurka wszystkie postaci nagłej pomocy w formie zwięzłej i łatwo zrozumiałej.

Po ogólnych prawidłach udzielania pierwszej pomocy, rozpatruje kol. P.: Uszkodzenia bez zranienia skóry. Rany (tamowanie krwotoków, opatrywanie ran). Złamanie, zwichnięcie, skręcenie w stawach. Utopienie. Powieszenie, zaduszenie, udławienie. Oparzenie, zamarznięcie, porażenie słoneczne, porażenie przez piorun, — przez prąd elektryczny. Omdlenie. Otrucia. Obce przedmioty w uchu, w nosie, w oku. Przenoszenie chorych.

Wszystkie podane przepisy stoją na wysokości współczesnej wiedzy i techniki, a że samo opracowanie wypadło bardzo dobrze, więc też tę książeczkę polecić można śmiało do rozpowszechnienia między ludźmi pracującymi fizycznie.

N. G.



Ś. P.

LUDWIK FANKANOWSKI

Urodzony w Płocku w r. 1864. Zmarł w Łodzi w r. 1907.

Mowa wypowiedziana na pogrzebie ś. p L. Fankanowskiego w imieniu Towarzystwa Lekarskiego przez S. Sterlinga.

Żałobni słuchacze!

W 43-im roku życia zmarł Ludwik Fankanowski, od lat 15-stu lekarz łódzki.

Jeżeli nad grobem tak młodo zmarłego mówimy: ubył nam mąż zasług, to tem oddajemy dużą zgasłemu cześć.

Ś. p. Ludwik był człowiekiem pracy, wykonawcą obowiązków niestrudzonym; a brał te obowiązki na swe barki chętnie, nie szczędząc ani swego czasu, ani sił.

Nie inicjatywą, nie umysłem twórczym, jeno pracą mrówczą a niezrażającą się przeszkodami błyszczał wśród otoczenia, mało znany wielkiemu ogółowi, dla dobra którego pracował.

Ś. p. Ludwik nie był zapatrzony w jakieś cele dalekie, nie torował swej pracy dróg nowych, nie wysuwał dla swej działalności haseł odrębnych. Miłość do ludzi i chęć służenia dobru powszechnemu—oto Jego hasła, oto jedyne bodźce w pracy.

W naszem towarzystwie lekarskiem był członkiem Zarządu zawsze cenionym, na którym bezwzględnie polegać było można.

Jako członek Zarządu kasy lekarskiej był jej najgorliwszym orędownikiem i nie mało przyczynił się do utrwalenia bytu tej instytucji.

Jako członek Komitetu redakcyjnego „Czasopisma lekarskiego“, a zarazem jego współwydawca — był pilnym i pożytecznym doradcą, z którego zdaniem chętnie się zawsze liczono.

Ale działalność zmarłego wybiegała po za pracę z zawodem lekarskim związaną.

W przełomowej chwili dziejowej gorąco wziął do serca sprawę szkolnictwa narodowego i stał się współzałożycielem i prawnym właścicielem gimnazjum polskiego dla chłopców, któremu ostatnio poświęcał niezmordowanie swą pracę i wielkie wysiłki.

Zaufanie do wartości jego pracy społecznej i miłości bliźnich zyskało mu ostatnio zaszczyt przewodniczenia w Łódzk. Gnieździe Tow. opieki nad dziećmi.

W działalności zawodowej zyskał sobie ś. p. Ludwik sympatję i zaufanie zarówno przez przygotowanie fachowe, jak i przez przymioty charakteru.

Ś. p. Ludwik zanim wstąpił na wydział lekarski, ukończył studja na wydziale przyrodniczym, co dało mu poważne podwaliny do studjów zawodu lekarskiego.

Równość usposobienia, łagodność, brak zbyt wysokiego o sobie rozumienia, unikanie rozgłosu i głęboka — z natury płynąca — sumienność oto cechy Ludwika Fankanowskiego — lekarza.

Wiadomość o ciężkiej chorobie ś. p. Ludwika—wiadomość niespodziewana—przejęła nas wszystkich głębokiem współczuciem, a śmierć przepełniła nasze serca niekłamanym, szczerym żalem.

Wyrazy też serdecznego żalu składam w imieniu Towarzystwa lekarskiego nad grobem kolegi przez wszystkich nas szanowanego i cenionego.

KRONIKA.

(№ 67) W ostatnich tygodniach opuścili Łódź koledzy:

Leopold Sikorski, który, po 50 latach pracy lekarskiej, osiadł w Częstochowie przy rodzinie swego zięcia, kolegi Wł. Wrześniowskiego. Czcigodny Jubilat pozostawił po sobie pamięć dobrego i zacnego człowieka i nad wyraz bezinteresownego lekarza.

Stanisław Serkowski, który przeniósł się do Warszawy, gdzie otworzył chemiczno-bakterjologiczną pracownię do badań lekarskich i przemysłowych. Z wyjazdem kol. Serkowskiego znikła z Łodzi w szerokim zakresie prowadzona pracownia naukowa, ubył człowiek wielkiej pracy i inicjatywy, ubył niezmordowany stróż sanitarji miejskiej, twórca wystawy hygieniczno-spożywczej i „Kropli mleka“, niestrudzony wieloletni kierownik miejscowego oddziału Towarzystwa Hygienicznego, szermierz ruchu antialkoholicznego.

Jan Mazurkiewicz, wybitny psychjatra, który przytułek dla umysłowych w Kochanówce postawił na stopie pierwszorzędnego szpitala, twórca pierwszej u nas kolonii, (patronage) dla umysłowych; kol. Mazurkiewicz został powołany do Krakowa, gdzie obejmie zarząd nad powstającym szpitalem specjalnym na ośmset łóżek.

(№ 68). Naczelnym lekarzem szpitala dla umysłowo chorych w Kochanówce pod Łodzią został kol. W. Chodźko, dotąd w Lublinie.

(№ 69). Zarządzającym pracownią hygieniczno-sanitarną miejską w Łodzi został mianowany kol. St. Bartoszewicz, były docent uniw. Charkowskiego.

(№ 70). Ordynatorem etatowym szpitala powiatowego łódzkiego na oddziale wewnętrznym mianowano kol. Bronisława Handelsmana.

(№ 71). Kol. S. Weinziecher z Będzina został aresztowany.

(№ 72). Kol. Chojko z Kaźmierza został skazany na dwutygodniowy areszt za uchwałę gminną w polskim języku powziętą.

(№ 73). Umiastowienie szpitali warszawskich z wyjątkiem szpitala w Tworkach zostało ostatecznie zdecydowane i zatwierdzone,

---

(№ 74). Generał-gubernator warszawski wydał rozporządzenie, na mocy którego wszyscy lekarze i felczerzy, tak pozostający na służbie państwowej, jak i wolnopraktykujący, w razie zwrócenia się do nich o udzielenie pomocy lekarskiej przez osoby z ranami postrzałowemi, obowiązani są bezwłocznie zawiadamiać o takich osobach najbliższą władzę policyjną: naczelnika powiatu, policmajstra, starszego oddziałowego strażnika, miejscowych lub kolejowych żandarmów, a na wsiach strażnikow miejscowych, w razie zaś ich nieobecności wójtów gmin lub sołtysów. Winni przekroczenia tego postanowienia będą pociągani do kary w drodze administracyjnej do trzech miesięcy więzienia, lub kary pieniężne do wysokości 3 tysięcy ludzi.

(№ 75). Sprawa zabezpieczenia na starość losu lekarzy i ich rodzin, u nas bardzo rzadko bywa podnoszona, Ostatnio Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie postawiło sprawę tę na porządku prac swych, a wkrótce odbyć się ma w tym celu konferencja w gronie stowarzyszonych. Nie przesądzając z jakiego założenia wyjdzie operat przygotowany do rozpraw, a także, jakie wnioski z nich wypłyną, już obecnie, my, z naszej strony, jak najenergiczniej uważamy za właściwe poprzeć, acz narazie tylko teoretyczne usiłowania w tym kierunku przedsiębrane. Jeżeli kto, to my, lekarze, niestety tylko my, wiemy dobrze, że z natury naszych zajęć, daleko prędzej aniżeli ludzie innych zawodów, tracimy siły i zdrowie, że lekarze stają się wcześniej niezdolnymi do pracy, a częstokroć bardzo młodo umierają. Tymczasem ogromna większość lekarzy pomimo pozornie dużej praktyki, koniec końców nie zabezpiecza bytu swej rodzinie i częstokroć pozostawia ją losowi.

Wprawdzie, wydawać by się powinno, iż społeczeństwo, które żąda pomocy od lekarza, pomyśleć powinno o zabezpieczeniu bytu pozostałej po nim rodzinie, szczególnie gdy lekarz zginie na polu swej działalności, wśród pracy dla zdrowia ogółu, lecz oczekiwania pod tym względem — nie łudźmy się — są i będą próżne, jeżeli sami dobijać się tego, dopominać się z całą stanowczością i energją nie będziemy.

Społeczeństwo ma prawo żądać od lekarza pomocy zawsze, w najcięższych dla ogółu chwilach, np. podczas srożącej się epidemji, lecz z drugiej strony lekarzowi przysługuje prawo moralne wymagać, aby w razie śmierci jego, toż samo społeczeństwo rozciągnęło opiekę nad pozostałą rodziną jego, aby rodzina tego, który targa siły, a nawet nieraz ginie dla zdrowia innych, nie pozostała na łup losowi.

Ustanowienie emerytury dla najbliższych — wdowy i małoletnich dzieci, zabezpieczenie, choćby skromnej, renty na starość za pracę długoletnią — będzie tylko wypłaceniem długów, zaciągniętych przez ogół względem lekarza.

Niezależnie od tego wypada dążyć do tego, aby lekarze szpitalni, miejscy i t. p. narówni z innymi pracownikami, z których zajęciem połączone bywa niebezpieczeństwo, byli zabezpieczeni przez municypalność miast, na wypadek choroby lub śmierci.

Poruszając obecnie zasadniczo sprawę zabezpieczenia losu lekarzy, oraz ich rodzin, wrócimy w najbliższej przyszłości do szczegółowego omówienia konkretnych już projektów pod tym względem; dziś pragnęliśmy, między innemi, uwydatnić to nasze zapatrywanie, że działaniem stanu lekerskiego nie może ciągle i wyłącznie kierować poświęcenie, że wytworzyła go i utrzymuje zabopólna potrzeba. Zrozumienie i uznanie słuszności tej prawdy przez drugą stronę t. j. przez ogół, ułatwić może wogóle zamiejscowe uregulowanie pomocy lekarskiej dla najszerszych mas,

a także racjownalną organizację służby zdrowia w kraju.

Do tych słów „Gazety Lekarskiej“ w zupełności się przyłączamy.

(№ 76). *W szpitalu żydowskim w Łodzi* nastąpił kryzys finansowy, który zmusił lekarzy do ogłoszenia w pismach odezwy następującej treści:

List otwarty do Zarządu gminy żydowskiej w Łodzi.

Bezprzykładne zaniedbanie obowiązku opieki nad ubogimi chorymi—ze strony gminy żydowskiej m. Łodzi—zmusza nas do odwołania się w tej sprawie przed sąd opinii publicznej.

Gmina żydowska m. Łodzi niema dotąd własnego szpitala i dlatego była zmuszona swych chorych umieszczać w szpitalu fundacji małż. J. i Ł. Poznańskich.

Podług umowy z tym szpitalem zawartej gmina zobowiązała się do płacenia szpitalowi zapomogi rocznej w kwocie rubli siedmiu tysięcy wzamian za leczenie ubogich chorych żydów, stałych mieszkańców m. Łodzi.

Tegoż zobowiązania gmina nie wypełnia do tego stopnia, że w chwili obecnej winna jest szpitalowi rubli 34.000 (wyraźnie: rubli trzydzieści i cztery tysiące).

W tych warunkach szpital odmówił nadal gminie żydowskiej kredytu, żądając, by—na razie—za każdego chorego płaciła koszty kuracyjne.

Gmina jednak tego nie chce wykonać; więc w chwili obecnej tylko ci żydzi, mieszkańcy m. Łodzi, są do szpitala przyjmowani, którzy sami za kurację (po 75 kop. za dobę) opłacić są w możności.

Rzecz zrozumiała, że prawdziwie ubodzy są przez to zupełnie leczenia szpitalnego pozbawieni.

Dla zrozumienia obecnego stanu rzeczy wiedzieć jeszcze należy następujące szczegóły.

W chwili zawierania umowy między gminą a szpitalem koszty kuracyjne były liczone po 45 kop. za dobę; obecnie — na podstawie nowych przepisów—koszty te wynoszą po 75 kop. Jakkolwiek i teraz szpital do każdego chorego dopłaca po 60 do 75 kop. za dobę*)—gmina nie oceniła tych tak dogodnych dla siebie warunków i zupełnie przestała dbać o swoich chorych.

Po wtóre, do roku ubiegłego za leczenie ubogich żydów płaciły te gminy, w których dany chory był zapisany jako stały mieszkaniec. Obecnie płacić powinna ta gmina, w obrębie której dany osobnik mieszka w chwili zachorowania.

Gdy więc, pomimo znacznego (z racji ostatnio przytoczonej) zwiększenia się liczby chorych, podlegających leczeniu na koszt gminy łódzkiej, szpital nie podniósł pierwotnej sumy rocznej — 7 tysięcy rubli — tem jaskrawiej występuje niedbałość gminy łódzkiej o dobro ubogich chorych żydów, mieszkających w Łodzi.

W chwili obecnej do szpitala są przyjmowani albo tacy chorzy, którzy sami za siebie płacą, albo ci, za których zobowiązują się zapłacić (po 75 kop za dobę) inne gminy kraju.

Czyli: w obecnej chwili ubodzy żydzi łódzcy nie są wcale dopuszczani do szpitala!

Dzieje się to wieku dwudziestym, w mieście bogatem, w gminie żydowskiej liczącej przeszło sto tysięcy ludności!

Jako dobrze świadomi potrzeb ubogich chorych i jaknajlepiej świadomi fatalnych skutków, jakie brak pomocy szpitalnej wywołuje, niniejszem przeciw postępowaniu gminy żydowskiej protestujemy, wzywając jednocześnie ogół członków gminy, by wymógł na Zarządzie zajęcie się ubogimi chorymi żydami, mieszkającymi w Łodzi.

Naczelny lekarz szpitala fundacji Poznańskich: Dr. M. Cohn.

Ordynatorzy: J. Abrutin, A. Goldman, J. Perlis, L. Przedborski, H. Rosental, J. Saks, S. Sterling.

*) Z legatów rodziny Poznańskich wpływa rocznie po 15.000 rubli, z obcych legatów po 3.000 rubli. Wobec tego, że np. w roku ubiegłym na 57.000 rubli wydatków szpital jako zwrot kosztów kuracyjnych otrzymał tylko 14.000 rubli, rodzina fundatorów musiała dołożyć do utrzymania szpitalą rubli 25.000.

(№ 77). Z łaskawie nam nadesłanego „VII-go Sprawozdania rocznego Zarządu Towarzystwa Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej *Bratnia pomoc* w Zakopanem“ za rok 1906/07 przekonywamy się o ciągłym rozwoju tej tak wysoce sympatycznej instytucji.

Przypominając pamięci czytelników Dom Zdrowia uczącej się młodzieży w Zakopanem, przypominamy też nazwisko jego twórcy i kierownika, kol. J. Żychonia, na ręce którego ofiary nadsyłać można.

(№ 78). Antykwarjat polski w Warszawie (H. Wilder i S-ka. Ul. hr. Berga № 8) wydał katalog obejmujący dzieła lekarskie, nabyte przez ten—jak utrzymują znawcy- fachowo i sumiennie prowadzony antykwarjat.

(№ 79). W szeregu artykułów porusza dr. W. Miklaszewski w „Nowej Gazecie“ sprawę ekspertyz sądowo-lekarskich:

Przytaczamy ustęp tej pracy.

„Pomijając prawodawstwo, które wymaga naprawy, należałoby ulepszyć samą procedurę ekspertyz i zrobić z nich dociekanie prawdy, a nie formalistkę biurokratyczną, dającą dochody pokaźne tym, którzy uczynili sobie z niej specjalność. Pozostawiając prawnikom wskazanie dróg, pozwalających przyśpieszyć sprawę, aby zabezpieczyć poszkodowanego nietylko od nędzy, wyzysku, lichwy, lecz i od przyzwyczajenia się do tego, że się jest chorym i że się za tę chorobę musi dostać odszkodowanie, zaznaczę jedynie reformy, jakie winnyby zostać wprowadzone na żądanie stanu lekarskiego, który powinienby dbać, żeby nie ciążyły na nim zarzuty lekceważenia cierpiących i obojętności względem prawdy.

A więc: 1) Stan lekarski winien żądać, żeby badanie pokrzywdzonych odbywało się w specjalnych gabinetach, zaopatrzonych w potrzebne przyrządy, czy to w sądzie, czy też w szpitalu, lub innem pomieszczeniu odpowiedniem.

2) Do badania winni być używani specjaliści z danego zakresu, a więc nie chirurdzy, akuszerzy, laryngolodzy. pedyatrzy do badania chorób nerwowych i wewnętrznych, i nie interniści oraz neuropatolodzy do wyrokowania o chorobach chirurgicznych, ocznych, usznych.

3) Wybór biegłych winien być dokonywany przez losowanie kolejne do spraw poszczególnych z pośród lekarzy każdej specjalności, którzy oświadczą sądowi gotowość brania udziału w ekspertyzach. Należałoby więc sformować listę wszystkich takich lekarzy i używać ich ponownie dopiero po jej wyczerpaniu zupełnem. A zanim to nastąpi, wartoby zaniechać odrazu używania tego samego biegłego na trzy lub więcej ekspertyzy, wyznaczone na jednę godzinę. Takie zmonopolizowanie ekspertyz w paru rękach nastręcza poważne wątpliwości, a oprócz tego prowadzi do biurokratyczno-zdawkowego ich traktowania.

4) Od biegłych należałoby żądać słowa uczciwości, że nie łączą ich żadne względy postronne ani z badanym, ani jego obrońcą, ani z osobą lub instytucją odpowiedzialną. Wobec zrutynizowania obecnych stałych ekspertów sądowych i lekarzy fabrycznych byłoby może najwłaściwiej usunąć ich całkowicie od udziału w badaniach.

5) Obecność osób postronnych przy badaniu jest zupełnie zbyteczna, a nawet szkodliwa dla sprawy; przeto poza ekspertami i badanym nikt nie powinien mieć dostępu do gabinetu lekarskiego.

6) Orzeczenie lekarskie powinnoby ocenić utratę zdolności do pracy nie procentowo, co jest zgoła bez wartości, lecz wskazywać, czy badany nadaje się do poprzedniego zakresu zarobkowania, czy też nie. W tym ostatnim przypadku należałoby prócz tego wskazać, w jakiej dziedzinie mógłby badany pracować jeszcze, oraz—ile zarobkować. Sam fakt, że badany nie może pracować po wypadku, gdy pracował przed nim, jest dostateczną wskazówką współzależności pomiędzy temi dwoma zjawiskami.

7) Należałoby w orzeczeniach rozpatrywać przypadek retrospektywnie i ocenić czas, strawiony przez poszkodowanego nietylko na cierpienia, leczenie, niepokoje, lecz i na bezczynność przymusową z jej brakiem zarobku, głodem, długami. Należy również przewidzieć, jaki dalszy, los czeka badanego, czy będzie on zdatny kiedykolwiek do poprzedniej pracy? czy cierpienia przeminą z czasem, czy też mogą się jeszcze zwiększyć".

(№ 80) Zawiadującym oddziałem psychjatrycznym szpitala starozakonnych w Warszawie mianowano starszego ordynatora tego szpitala, kol. Adama Wizla.

(№ 81). *Przeciw otwarciu polikliniki bezpłatnej w Krakowie.*

Dnia 4 czerwca odbył się w Domu lekarskim Wiec kolegów krakowskich, zwołany przez Wydział Tow. Samopomocy w sprawie powstać mającej w Krakowie polikliniki bezpłatnej, projektowanej przez kilku docentów uniwersytu. Zgromadzenie tak liczne, jakiego jeszcze nie widziano w wielkiej sali Domu lekarskiego, było *jednomyślnym, żywiołowym protestem przeciwko tej myśli*, a szereg kilkunastu mówców, napiętnowawszy dosadnie postępowanie projektodawców, którzy w największym sekrecie, bez zapytania Izby lekarskiej lub ogółu kolegów, rzecz całą przygotowali, wykazał dowodnie, że poliklinika wobec dostatecznej pomocy bezpłatnej dla ubogich chorych w ambulatorjach klinicznych, w czterech szpitalach, w licznych kasach chorych i u lekarzy prywatnych, mających godziny bezpłatne, jest zupełnie *niepotrzebną*, a dla interesów zawodowych byłaby *szkodliwą*, bo stałaby się nowem ogniskiem bezpłatnej porady, z której korzystaliby przeważnie ludzie zamożni, pociągnięci tam reklamą. Jeden z projektodawców, obecny na zgromadzeniu, doc. dr. Braun, usiłował z początku bronić projektu, ale w końcu *przekonany oświadczył, iż dołoży starań, aby i resztę założycieli od planu tego odwieść.* Nie zadowalając się tem, Wiec *uchwalił rezolucję przeciw założeniu polikliniki*, a obecni *zobowiązali się solidarnie do niej nie przystępować*, w razie zaś, gdyby memorjał wiecowy, przedłożony założycielom i wniesiony do Izby lekarskiej, do Towarzystwa Samopomocy i Towarzystwa lekarskiego, nie odniósł pożądanego skutku, *wyciągnąć z tego jak najdalej idące konsekwencje.*

Na zebraniu wypowiedział dr. A. Langie następującą mowę, którą przyjęto hucznymi oklaskami:

„Dowiedziawszy się dopiero wczoraj z dzienników o powstać mającej w Krakowie poliklinice i zwołanym dzisiejszym Wiecu, zestawiłem na prędce niektóre dane, aby naszkicować tło naszych stosunków zawodowych w mieście—tło, które ma posłużyć do dyskusji szczegółowej, czy owa poliklinika jest *potrzebną i dla kogo*, czy też *zbyteczną*, a może nawet *szkodliwą* dla interesów ogółu lekarzy krakowskich.

Jako pewnik, nie wymagający dalszych dowodzeń, przyjąć musimy, że w zawodzie lekarskim dokonywa się obecnie ekonomiczne przesilenie, sprowadzające u ogromnej większości pracowników niedostatek, u wielu wprost nędzę. Źródła tego szukać należy w dziejowem przeobrażeniu się układu warstw społecznych, które wyraźnie zarysowało się w ciągu ubiegłego stulecia, jako jeden z objawów wartkim prądem płynącego życia.

Na tem tle ogólnem rozwinęło się i nasze zawodowe przesilenie, a przyśpieszyły je inne jeszcze, już więcej specjalne okoliczności, jak: powiększenie liczby sił lekarskich, nie stojące w prostym stosunku do ich zapotrzebowania w kraju, tak ubogim i ciemnym, jak Galicja, nagłe stworzenie kas chorych, rozrost bezpłatnych ambulatorjów publicznych, wyzyskiwanie lekarza w imię fałszywie pojętej filantropii, ubliżające, głodowe pensje lekarzy, partactwo lecznicze, uprawiane na wielką skalę, wreszcie—kumulowanie posad w jednych rękach i protegowanie jednostek ze szkodą reszty, co łasić się nie umie, lub z obrzydzeniem odrzuca zdobywanie tą drogą przyszłości.

Pomijam tu wszystkie inne punkty, a zatrzymam się tylko na jednym, będącym w związku z przedmiotem obrad dzisiejszych.

Ambulatorja publiczne przy wszystkich klinikach w obu miastach uniwersyteckich Galicji, a szpitalne wszędzie tam, gdzie są szpitale, udzielają pomocy lekarskiej prócz prawdziwie ubogim, także całej masie osób zamożnych, którym nawet na myśl nie przyjdzie, że, korzystając z niej, uprawiają podwójny wyzysk i lekarzy i instytucji, wyłącznie dla ubogich fundowanej. Ambulatorja te zmuszają mimowoli lekarzy, prywatnie praktykujących, do obniżenia cen, bo chory, któremu koszt leczenia prywatnego wydaje się za wysokim, przenosi się już po kilku wizytach do ambulatorjum publicznego. Wśród publiczności wyrabia się nadto przekonanie, że nawet najbagatelniejsza operacja może być wy-

konana jedynie w ambulatorjum klinicznem lub szpitalnem i przez to odpada znów lekarzom, wolno praktykującym, spory zastęp chorych. W ten sposób ambulatorja te stają się dla lekarzy, w nich pracujących, poniekąd biurami reklamy, ze szkodą dla ogromnej reszty kolegów. Jeżeli zaś trafi się między tymi lekarzami jednostka niezbyt etyczna, to nawet wprost posługuje się firmą instytucji dla zdobycia sobie osobistej klienteli. To też oddawna już lekarze wolno praktykujący w miastach, nie bez racji widzą w ambulatorjach publicznych groźnych konkurentów, obniżających ogromnie zapotrzebowanie prywatnej, płatnej porady lekarskiej.

Wyzyskiwanie bezpłatnej pomocy lekarskiej po ambulatorjach nie jest specyalnie galicyjska plagą—rozwielmożniło się ono wszędzie, gdzie tylko istnieją kliniki i szpitale. Zachodzi jednak ta różnica, że podczas gdy gdzieindziej rozpoczęli już lekarze poważną walkę z tą formą wyzysku, to u nas dotychczas nie poczyniono jeszcze żadnych kroków. Gdy Izby lekarskie: wiedeńska, górno austryacka, morawska, styryjska, bukowińska i inne popierają tę walkę energicznie, u nas dotychczas nie pomyślano nawet, jakby się zabrać do rzeczy. Przeciwnie, oto dowiadujemy się niespodzianie, że w sekrecie przygotowano w Krakowie nowy zamach na interesy lekarzy wolno praktykujących w postaci projektu nowej polikliniki, która, dając reklamę kilku czy kilkunastu jednostkom, podkopać musi poważnie praktykę ogółu lekarzy krakowskich, bo, mimo wszelkich zastrzeżeń, będzie tak, jak ambulatorja kliniczne, nadużywaną przez chorych, niekoniecznie ubogich.

Ale może instytucja ta jest potrzebną dla ludności? Może jest dla niej takiem dobrodziejstwem, że wobec tego interes lekarzy zamilknąć musi? Rozpatrzmy rzecz przedmiotowo.

W ogłoszonych po gazetach komunikatach nazwano zawiązujące się Towarzystwo poliklinicznе towarzystwem humanitarnem, którego celem ma być leczenie ubogich chorych. Pytam się, czy ci ubodzy chorzy, mając w Krakowie wszystkie kliniki, 4 szpitale z ambulatorjami, najrozmaitsze zawodowe kasy chorych, Tow. ratunkowe i 200 lekarzy, z których każdy chętnie spieszy z pomocą bezinteresownie do prawdziwie ubogiego, potrzebują jeszcze jednej instytucji bezpłatnej? Największy nawet filantrop przyznać musi, że nie! Zwolennicy natomiast powołają się może na Lwów, gdzie poliklinika już istnieje; ale proszę pamiętać, że założono ją tam wtedy, gdy nie było jeszcze Wydziału lekarskiego z klinikami i że wtedy mogła istotnie być potrzebną dla ubogiej ludności. Projektodawcy chyba wiedzą dobrze, co się dzieje po ambulatorjach klinicznych i nie są tak niedoświadczeni, aby wierzyli w to, co głoszą, że poliklinika będzie tylko dla ubogich. Będzie ona albo nowem źródłem wyzysku przez chorych zamożnych, a niesumiennych, albo zamieni się powoli w poliklinikę płatną, wzbogacającą tylko szczupłe grono i tak szczęśliwych wybrańców losu.

Może zadaniem polikliniki będzie cel naukowy? Tak wprawdzie głosi komunikat po gazetach, ależ ci panowie, którzy tam pragną odbywać wykłady i urządzać pracownie naukowe (jak głosi ten sam komunikat), mogą to bardzo dobrze robić w istniejących już klinikach i wspaniałych pracowniach Wydziału lekarskiego, gdzie im z pewnością nikt miejsca nie poskąpi, byle tylko mieli czas i chęć potemu.

Może wreszcie panowie ci, żądni pracy, cierpią na brak materjału? Temu także nikt nie uwierzy, przeczytawszy nazwiska założycieli, którzy nietylko wielką cieszą się praktyką, ale mają, jako członkowie uniwersytetu, wolny wstęp do klinik rządowych, a niektórzy nawet posiadają już własne prywatne zakłady.

Nie chcę tu robić dalszych przypuszczeń nad tem, co mogło skłonić projektodawców do podjęcia tej myśli, z góry jednak można twierdzić, że nie sam tylko altruizm dla chorych ubogich, bo z planami humanitarnymi nikt nie kryje się w ciemnościach i nie wyskakuje z nienacka z opracowanym już we wszystkich szczegółach projektem, przygotowywanym widocznie długo, ale w największym sekrecie, bez zasiągnięcia opinii czy to Izby lekarskiej, czy też ogółu lekarzy krakowskich. Tajemnica ta nie wróży nic dobrego; świadczy, że sami projektodawcy bali się opinii publicznej, jakie zaś kryje w sobie niespodzianki, może dalsze wyświetlą przemówienia. Kończąc, reasumuję jeszcze raz, że ani cel humanitarny, ani naukowy, nie dyktuje potrzeby utworzenia projektowanej polikliniki w Krakowie. Twierdzę, że jest ona w obecnych warunkach zbyteczną, że natomiast zagraża w wysokim stopniu interesom reszty kolegów. Nie wiem, co wyłoni się z toku dyskusji dzisiejszego zgromadzenia, ale sadzę, że jeśli Koledzy przyznacie mi słuszność, nie odstraszy Was nic od wypowiedzenia bez ogródek i bez oglądania się na nikogo, swego zdania, a w konsekwencji dalszej nie odstraszy Was też nic od męskiego, solidarnego i śmiałego wystąpienia w obronie Waszych interesów. Nie może Was też powstrzymać zarzut, jakobyśmy występowali przeciwko instytucji dobroczynnej i potrzebnej, bo dobroczynną i potrzebną ona nie jest. Lekarzowi, co poświęca swe życie i zdrowie codziennie dla drugich, co spieszy z pomocą najuboższym bezinteresownie, co jest przedmiotem ciągłego wyzysku w imię przeróżnych haseł filantropijnych z uszczerbkiem własnym i własnej rodziny, nikt nie ośmieli się rzucić w twarz obelgi, że brak mu dostatecznego poświęcenia. Ale lekarza tego obowiązkiem jest wystąpić energicznie i stanowczo przeciw instytucji, która podkopać chce jego byt — obowiązkiem jest niedopuścić do zmonopolizowania praktyki w ręku kilku osób tam, gdzie praktyka ta jest dla 200 kolegów po prostu kwestją życia lub śmierci.

SPROSTOWANIE:

Do pracy kol. **Putermana** wkradły się następujące omyłki drukarskie:

Str.	Szpalta	Wiersz.	Wydrukowano:	Powinno być:
209	1	25	sprawdzenie	sprawdzian
210	1	38	(tuberkulin)	(tuberkuliną)
211	1	36	pozostających	powstających

Komitet redakcyjny:
J. Brudziński, A. Goldman, J. Grabowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner.

Wydawca: Dr. S. Serkowski. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Druk. S. Dębskiego w Łodzi. Długa 6.